

**Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.
Facultad “Manuel Fajardo”
Centro Internacional de Salud La Pradera**



**Tesis para optar al título académico de Máster en
Investigaciones en Climaterio y Menopausia**

**Calidad de vida en trabajadoras de edad
mediana. Centro Internacional de Salud**

La Pradera

2018

Autora; Lic. Isabel de la Caridad Madrazo Mozas

**La Habana
2019**

**Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.
Facultad “Manuel Fajardo”
Centro Internacional de Salud La Pradera**



**Tesis para optar al título académico de Máster en
Investigaciones en Climaterio y Menopausia**

**Calidad de vida en trabajadoras de edad
mediana. Centro Internacional de Salud**

La Pradera

2018

Autora; Lic. Isabel de la Caridad Madrazo Mozas

**Tutora: Prof.Dra.C Julia Pérez Piñero.Especialista de II
grado en Bioestadística. Profesora Titular. Máster en
Salud Pública. Doctora en Ciencias de la Salud.**

La Habana

2019

Agradecimientos

A mí querido esposo por toda su paciencia, amor y cariño.

A todos los profesores del Comité Académico de la Maestría de Investigaciones en Climaterio y Menopausia, de manera especial: a la DrC. Daysi Navarro, por el esfuerzo, entrega y dedicación para con todas las maestrantes.

A mi tutora por su asesoramiento y dedicación.

A todas mis compañeras de la maestría por el maravilloso tiempo compartido y a las que me apoyaron en la sala para que yo pudiera estudiar.

Dedicatoria

*A Dios, por su infinito amor, porque tú eres grande y
hacedor de maravillas....*

Resumen

Introducción: El climaterio es un periodo de transición entre la etapa reproductiva y la no reproductiva de la mujer, que tiene implicaciones biológicas, sociales y psicológicas que repercuten en su calidad de vida.

Objetivo: identificar la calidad de vida global y por dimensiones de las trabajadoras de edad mediana CIS La Pradera 2018.

Material y método: Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal en el cual se identificó el comportamiento de la calidad de vida en 109 trabajadoras de edad mediana del Centro Internacional de Salud La Pradera, 2018.

Resultados: de la muestra estudiada (109) el 81,7 % calificaron con calidad de vida global media, el promedio de edad de la menopausia fue de 49 años, el 15,4 % el tipo de menopausia natural, la hipertensión arterial la enfermedad crónica más frecuente, en el 88,6% la intensidad del síndrome climatérico clasifíco como muy leve, el 84,3% fueron trabajadoras del área asistencial, 105 de las 109 estudiadas declararon estar satisfecha con la labor que realizan.

Conclusiones: Las trabajadoras de edad mediana del Centro internacional de salud La Pradera clasificaron en el nivel medio de calidad de vida Global. Similares resultado se observaron en las dimensiones, excepto para las relaciones sociales en la que predominó la categoría de excelente. En cuanto a las características biológicas se destacan la edad mediana de la menopausia en 49 años, la menopausia natural, síndrome climatérico muy leve y leve y la hipertensión arterial como enfermedad crónica más frecuente. Entre las trabajadoras del Centro internacional de salud La Pradera predominaron las universitarias y las que realizaban trabajo de asistencial, tenían dos o más familiares a su cuidado y realizaban las labores domésticas sola lo que expresa la sobrecarga de género que poseen, a pesar de que aparentemente no tenía influencia sobre su calidad de vida.

Indice

RESUMEN

| | |
|---------------------------------|----|
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| OBJETIVOS..... | 10 |
| MARCO TEORICO..... | 11 |
| DISEÑO METODOLOGICO..... | 31 |
| ANALISIS DE LOS RESULTADOS..... | 37 |
| DISCUSION..... | 48 |
| CONCLUSIONES..... | 60 |
| RECOMENDACIONES..... | 61 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 62 |

ANEXOS

Introducción

Investigar sobre la calidad de vida (CV) desde el punto de vista científico constituye un gran reto para cualquier investigador. El concepto de calidad de vida (CV) no es un privilegio del hombre del siglo XX, Aristóteles hizo referencia al mismo en su obra sobre Ética en el siglo IV a.C.¹ Surgió en los EE. UU, diversas definiciones han sido propuestas, a finales del siglo XX, desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1952, comenzó a definir la salud no solo como la ausencia de la enfermedad, sino también como “un estado de completo bienestar físico, mental y social”, el término calidad de vida se convirtió en una importante variable para el estudio de los efectos de intervenciones en la práctica asistencial y de investigación clínica.²

La (OMS) en su grupo estudio de Calidad de Vida la ha definido como "la percepción de un individuo de su situación de vida, puesto en su contexto de su cultura y sistemas de valores, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones". Es un concepto amplio que se ha operacionalizado en áreas o dominios: la salud física, el estado psicológico, en las relaciones sociales, las creencias personales y su relación con las características más destacadas del medio ambiente. Más reciente se toma el concepto de calidad de vida para determinar el grado de bienestar de una población y decidir sobre el beneficio de tratamientos agresivos, radicales de alto costo o en fase de experimentación sobre todo para los casos terminales y actualmente incluye el grado de libertades políticas y civiles el dominio sobre sí mismo y la libre participación en relaciones sociales.^{3, 4}

Es en este sentido, la operacionalización del concepto Calidad de Vida ha llevado a tal formulación y construcción de instrumentos o encuestas que

valoran la satisfacción de personas, desde una mirada general. Sin embargo, las particularidades de los diferentes procesos patológicos y la presión por objetivar su impacto específico, ha motivado la creación de instrumentos específicos relacionados a cada enfermedad y su impacto particular sobre la vida de las personas. De este modo, podemos distinguir instrumentos generales de calidad de vida y otros relacionados a aspectos específicos de los diferentes cuadros patológicos (instrumentos calidad de vida relacionada a la enfermedad).²

La estimación de la calidad de vida en relación con la salud se realiza a través de instrumentos que se clasifican en cuestionarios genéricos, cuya función es indagar aspectos generales de la calidad de vida y realizar comparaciones entre grupos de pacientes con distintas enfermedades, y cuestionarios específicos, diseñados para evaluar aspectos propios de una afección en particular los que apuntan a lograr una mejor sensibilidad al cambio.^{5, 6}

La satisfacción con la salud es uno de los componentes fundamentales de la calidad de vida percibida, por lo que se ha propuesto un término para adecuar su denominación a los contenidos del concepto de calidad de vida: Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS).

Este concepto incluye, entre otros factores, la calidad de vida relacionada con el trabajo⁷ y la influencia que las modificaciones endocrinas del fracaso ovárico pueden tener en la calidad de vida percibida por las mujeres.^{8, 9}

Según criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Sección de Climaterio y Menopausia de la Sociedad Cubana de Obstetricia y ginecología, publicados en el II Consenso Cubano de Climaterio y Menopausia,

en el 2007, se contabiliza casi un millón de mujeres en edad mediana en el país, que Alfonso Fraga, las enmarcó entre los 45 y 59 años de edad, con una media nacional de 51.8 años; en 2010 hubo un incremento de 250 mil mujeres, hecho este dado por la explosión demográfica en Cuba en los primeros años de la década del 60.^{11,14}

.Es por ello que, las consecuencias del climaterio deben contemplarse desde la perspectiva de la CVRS como una cuestión específica de la misma. El incremento de la expectativa de vida de la población en general, y de las mujeres en particular (en España durante el siglo XXI) habrá más de diez millones de mujeres climatéricas), ha propiciado que la atención a la mujer en esta etapa de la vida sea una prioridad; sin embargo, el modo como debe realizarse constituye uno de los aspectos que suscita mayor debate de la salud pública. Si bien existen coincidencias en que el abordaje del climaterio debe ser prioritariamente educativo y preventivo.¹⁰

El climaterio es un proceso fisiológico normal que acontece en la vida de la mujer y que representa una época importante de cambios en la vida de ésta, manteniéndose en el tiempo. Puede cursar con sintomatología tanto física, como psíquica o conductual y cuya vivencia se ha demostrado influenciada por factores socio demográfico y otros. Existe múltiple bibliografía dedicada al estudio de esta sintomatología, pero es escasa aquella que relaciona esta etapa de la vida de la mujer con cambios en la calidad de vida relacionada con la salud.^{12, 13}

Con el aumento que ha experimentado en el mundo desarrollado y en Cuba la expectativa de vida, sobre todo en la mujer, es la atención a este grupo etario se convierte en una necesidad inminente, debido a que cuando arriba a esta etapa, todavía le resta un tercio de su vida. Por otra parte, el desarrollo científico-técnico y su expresión en el mejoramiento de las condiciones de trabajo, hacen posible que un mayor número de mujeres en este grupo continúen aportando su experiencia y su estilo de trabajo.

Las mujeres de edad mediana (40-59 años) si bien pueden haber concluido con el ciclo reproductivo biológico, mantienen un importante rol social que se expresa a través de su participación activa en la vida comunitaria, sin abandonar las responsabilidades asumidas en el hogar y con la familia, lo que contribuye a que los síntomas climatéricos se exacerben en intensidad y frecuencia, en correspondencia con determinantes sociales que recaen sobre ella en razón de su sexo.^{11, 12,13}

Cuba, país en vía de desarrollo, no está exento del proceso de senescencia; datos del anuario estadístico de 2012 revelan ascenso del envejecimiento poblacional con un 18.3 % de personas de más de 60 años de edad, lo que representa un 2 % de incremento respecto al año 2011 y un 30 % respecto al año 2000. Se estima que para el año 2025 este grupo ocupará un 20.1 % de la población total, momento en que será el país más envejecido de América Latina.⁴ Estadísticas demográficas señalan que la esperanza de vida para la mujer cubana es de 80.2 años de edad lo que puede verse afectado por el incremento de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades crónicas y niveles bajos de bienestar subjetivo propios de la senectud.^{14, 15,16}

Datos obtenidos de la Dirección Nacional de Estadísticas e Información del censo de población realizado en el año 2012 en Cuba, revelan que de una población de 11 250 044 habitantes, 5 617 959 son féminas, y de ellas alrededor 1 980 504 se encuentran en etapa del climaterio (35.25 %) y en edad mediana 1 689 517 mujeres (30.07 %) ^{14, 15,16}

Los cambios en el desarrollo económico de Cuba, donde la fuerza técnica laboral femenina es del 66,2 %, que concommita con el envejecimiento de la población. Con el nivel intelectual de las mujeres hace pensar que la atención médica de las mujeres de edad mediana y el apoyo psicológico debe de estar garantizado para el año 2025 donde un 25 % de la población se encontrará por encima de los 60 años¹⁴

Se estima que una de cada dos a tres mujeres vive una tercera parte de su vida en la posmenopausia, en un estado de hipoenestrogenismo fisiológico que tiene implicaciones biológicas, sociales y psicológicas que repercuten en forma importante en la segunda mitad de la vida de la mujer, con un incremento de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades crónicas como la enfermedad vascular de origen aterosclerótico, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, los tumores malignos y la osteoporosis; por lo que la morbilidad adquiere un papel importante sobre todo, si se tiene en cuenta que casi la tercera parte de la vida femenina transcurre después de la menopausia^{13,17}

La satisfacción personal en mujeres de edad mediana puede adquirir una expresión particular en el punto medio de la vida. En este momento se replantea el sentido de la vida, se revisan los valores propios y los de las personas significativas; frecuentemente los sujetos se cuestionan qué han

logrado en las diferentes esferas de realización personal y valoran sus aciertos y errores en función de su nivel de aspiraciones. Este es un proceso de revalorización de la propia vida, que los textos de psicología describen como la segunda crisis de identidad.

En Cuba existe, además, un motivo adicional, debido a la hiperbolización de la función económica de la familia que ha traído consigo la situación social de los últimos 15 años. La mujer de edad mediana ha tenido que ocuparse de las funciones afectivas, culturales y educativas, ha conciliado los conflictos intergeneracionales y asumido la responsabilidad del cuidado de ancianos, niños y enfermos en la casa en estas difíciles condiciones; y además, en la mayoría de los casos se ha visto forzada a combinar esas funciones con las económicas, laborales y políticas.¹⁸

Diferentes investigadores han encontrado asociaciones significativas entre la satisfacción con la vida y los estilos de afrontamiento centrados en el problema, que a su vez se estiman como más salutógenos. Los sujetos satisfechos con la vida interpretan los eventos neutrales y ambiguos como positivos, poseen un pensamiento flexible, son más creativos y exhiben un umbral alto de tolerancia a las frustraciones, lo que los hace menos vulnerables al estrés psicológico.¹⁸

Estos individuos experimentan menos emociones negativas y, por tanto, conservan en buen estado los procesos inmunes que son alterados por aquellas, a través de sus efectos en los sistemas endocrino y nervioso autónomos. La ira es un factor de riesgo de HTA, enfermedad coronaria y muerte prematura. La tristeza, el miedo, la vergüenza y la culpa, predisponen a la depresión y la ansiedad.^{13, 17} Por su parte, la satisfacción con la vida

predispone a las experiencias emocionales positivas, las que a su vez favorecen las evaluaciones cognitivas de satisfacción.¹⁷

Autores como ArtilisVisbal,¹⁹ plantea que las condiciones de vida son un determinante en el proceso salud enfermedad en la mujer cubana y señala que la mujer que se acerca a la edad mediana tiende a tener un estado biológico más lábil, como causa de las variaciones fisiológicas naturales del climaterio, distinto a cuando era una adolescente con un estado biológico óptimo.

Durante este proceso la mujer se torna más "vulnerable y susceptible" a las relaciones dentro del entorno familiar; también es necesario señalar que las características del sistema social predominante influyen en la expresión clínica y social del climaterio. Es por ello que en un número no despreciable de ellas se hace necesaria la asistencia médica.²⁰

Las mujeres de edad mediana constituyen una valiosa fuerza intelectual y laboral, realizan un aporte importante al desarrollo de la personalidad en el marco familiar, lo cual justifica cualquier estudio que se realice con el fin último de llevar a cabo programas de intervención que incrementen su calidad de vida. Las enfermedades crónicas y el cáncer constituyen hoy las primeras causas de muerte en el país y en el mundo, por lo que se convierten en un objetivo estratégico prioritario para lograr transformaciones en el estado de salud, acordes con el nivel de desarrollo de la salud pública.^{17, 21}

El trabajo, una de las categorías centrales de la sociología, se define como la ejecución de tareas que implican un esfuerzo físico y mental y que tienen como objetivo la producción de bienes y servicios para atender las necesidades humanas. El trabajo es, por tanto, la actividad a través de la cual el ser humano

obtiene sus medios de subsistencia, por lo que tiene que trabajar para vivir o vive del trabajo de los demás El concepto de trabajo ha sido transformado y ha adquirido relevancia desde la revolución francesa y la revolución industrial.²²

En la jerarquía de las necesidades, Maslow plantea que las necesidades fisiológicas tienen primacía sobre las otras, porque son esenciales para la supervivencia y postula que todas las personas tienen necesidades básicas que deben satisfacerse para que el individuo alcance un nivel óptimo de satisfacción. De lo expuesto, se deriva que lo importante es recordar que una persona adulta está sometida todo tipo de necesidades y no puede abstraerse solo a trabajar y dejar a un lado sus necesidades básicas.

El trabajador acude al trabajo con sus niveles de necesidad y tratará de resolverlas mediante el mismo. En 1923, Frederick Herzberg, profundizó en la “Teoría de la Jerarquía de Necesidades “, de Maslow, la aplicó a la administración a través de sus investigaciones y describió los factores del empleo asociados con la satisfacción e insatisfacción de las personas en su puesto de trabajo.²³

La vida laboral constituye para la mujer, como para el hombre, una fuente importante de gratificaciones, relaciones sociales positivas y sentido de identidad. De hecho, el desempleo se ha asociado a bajos niveles de bienestar psicológico. Sin embargo, cuando existen conflictos en el área laboral puede afectarse el bienestar psicológico. También la proximidad de la edad de jubilación puede constituir una situación estresante ante la cual la mujer deberá movilizar sus recursos de afrontamiento.²⁴

Teniendo en cuenta que el CIS La Pradera consta de 485 trabajadores de ellos 279 son mujeres representando el 57,5%, de estas 138 están comprendidas en

la mediana edad (40-59) para un 49,5% de trabajadoras viviendo en esta etapa. El centro fue creado para la atención médica internacional por cuanto el personal que labora está sometido a un stress continuo debido a las exigencias lo cual implica disciplina, cumplimiento de planes de trabajo la superación constante, el nivel idiomático, enfrentar los procesos de idoneidad, adaptación a los diferentes cambios de dirección además de los cambios biológicos propio de la edad y a la sobrecarga de género, de igual forma el trabajador recibe una remuneración diferente y cuenta con excelentes condiciones de trabajo con respecto a otras instituciones de nuestro país. En las referencias encontramos estudios de calidad de vida en mujeres climatéricas que acuden a diferentes niveles de atención del sistema nacional de salud, ^{35, 64,66} por lo que sería posible considerar este centro con condiciones excepcionales para evaluar e identificar la influencia de otros aspectos de la vida sobre la calidad de vida de estas mujeres.

Por ello la presente investigación pretende dar respuestas a las siguientes interrogantes:

¿Cómo calificar la calidad de vida global y por dimensiones de las trabajadoras de edad mediana del CIS La Pradera en el 2018?

¿Cuáles son las características de la calidad de vida de estas mujeres asociadas a las variables biológicas y socio familiares?

Objetivos

1-Identificar la calidad de vida global y por dimensiones de las trabajadoras de edad mediana CIS La Pradera 2018.

2-Describir la calidad de vida en virtud de características biológicas, relacionada con el climaterio en el grupo de estudio.

3-Describir la calidad de vida de acuerdo a características socio familiares.

Marco Teórico

Definición de la calidad de vida y su medición

El Grupo de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL GROUP, 1995) define CVRS como: “La percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores, que él vive en relación con sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones”.⁴ Este aspecto se ha convertido en los últimos años en un objetivo importante del área de la salud colectiva y su evaluación es considerada como una nueva estrategia introducida para el análisis de los resultados de los programas terapéuticos.

El consenso de que los indicadores utilizados tradicionalmente en el área de la salud, como el control de los síntomas, los índices de mortalidad y la expectativa de vida, no bastan, por sí solos, como estimaciones para evaluar la percepción de la salud.^{25,26}

Es un concepto amplio que se ha operacionalizado en áreas o dominios: la salud física, el estado psicológico, las relaciones sociales, las creencias personales y su relación con las características más destacadas del medio ambiente.

Es en este sentido, que la operacionalización del concepto Calidad de Vida ha llevado a la formulación y construcción de instrumentos o encuestas que valoran la satisfacción de personas, desde una mirada general. Sin embargo, las particularidades de los diferentes procesos patológicos y la presión por objetivar su impacto específico, ha motivado la creación de instrumentos específicos relacionados a cada enfermedad y su impacto particular sobre la

vida de las personas. De este modo, podemos distinguir instrumentos generales de calidad de vida y otros relacionados a aspectos específicos de los diferentes cuadros patológicos (instrumentos calidad de vida relacionada a la enfermedad) ^{3,4}

Se han descrito múltiples instrumentos diseñados para evaluar la CVRS, con el propósito de realizar una distinción entre los afectados, predecir el pronóstico de un procedimiento o intervención, así como evaluar longitudinalmente los cambios y evolución a través del tiempo de una patología en grupos poblacionales específicos. Estos instrumentos sobre calidad de vida complementan de forma indispensable la evaluación clínica, analítica o sintomática de los pacientes, considerando acertadamente la visión del propio paciente sobre su percepción de la salud.²⁵

Entre las escalas más importantes de calidad de vida relacionadas con la salud (CVRS) referente a la menopausia tenemos: el Índice de Blatt-Kupperman,⁵² el WomenHealthQuestionnaire (WHQ) ⁵³, el cuestionario MENCAV,⁵⁴ la Menopause Rating Scale (MRS),^{52,55} la Menopause Quality of Life (MENQOL),⁸ la Utian Quality of Life Score (UQOL),⁴⁵ la Escala climatérica de Greene,^{56,57} la Escala Cervantes,⁵⁸ WHOQOL-100 y el WHOQOL-BREF.

WHOQOL-100:⁵⁹ surgió como una iniciativa de la OMS en un intento de desarrollar una evaluación de la calidad de vida que fuera apropiada a todas las culturas, con el fin de incluir un elemento humanista en el cuidado de la salud. El proceso de confección del WHOQOL-100 se hizo por etapas. En la primera, se definió la calidad de vida como: "la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de sistemas de valores y cultura en los

cuales ellos viven y en relación con sus metas, expectativas, patrones y preocupaciones." En esta definición se observa una clara evaluación del sujeto en relación con el contexto ambiental, social y cultural en el que vive y se desarrolla. Es decir que, esta definición contempla los efectos de la enfermedad y las intervenciones de salud en la calidad de vida. De este modo, la multidimensionalidad de la calidad de vida está reflejada en la estructura del WHOQOL-100. En la segunda etapa se hizo una selección de 15 centros con diferentes grados de desarrollo económico, de disponibilidad de servicios médicos y de otros elementos relacionados con la calidad de vida. La tercera etapa se destinó a reducir las preguntas equivalentes realizadas en cada centro, resultando 236 artículos con 26 facetas. - WHOQOL-BREF:⁶⁰

El WHOQOL-100 resultó muy extenso para su uso práctico en todos los casos, por esta razón, se desarrolló una forma corta de evaluación de la calidad de vida usando los datos de la valoración piloto de este y de la revisión de campo de prueba. El WHOQOL-BREF contiene 26 preguntas; 24 de ellas se formaron tomando un artículo de cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100 y fueron estructuradas en 4 dominios, las 2 preguntas restantes, una de calidad total y otra de salud general, no se incluyen en los dominios.

La OMS construyó y promueve el uso del instrumento (WHOQOL) para medir la calidad de vida, fiable y válido, que permitiera comparaciones transculturales.

El WHOQOL-BREF es una versión reducida del WHOQOL-100 que consta de 26 ítems. Tanto el WHOQOL-100 como el WHOQOL-BREF tienen una buena validez discriminante y de contenido y una adecuada fiabilidad test-retest.^{25,27}

El instrumento WHOQOL-BREF (abreviado) reúne los requisitos de fiabilidad y validez exigidos para su empleo en la evaluación de la mujer cubana de edad mediana.⁶³

Las cuatro dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida relacionada con la salud son:

Dimensión 1. Salud Física: Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad, consta de 7 facetas

- Dolor y malestar
- Dependencia en sustancias médicas y ayudas médicas
- Energía y fatiga
- Movilidad
- Sueño y descanso
- Actividades diarias
- Capacidad de trabajo

Dimensión 2. Psicológica: Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento, consta de 6 facetas

- Espiritualidad/ Religión/ Creencias personales)
- Sentimientos positivos

- Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración
- Imagen corporal y apariencia
- Autoestima
- Sentimientos negativos

Dimensión 3.Relaciones Sociales: Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente y el desempeño laboral.: la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, consta de 3 facetas

- Relaciones personales
- Actividad sexual
- Apoyo social

Dimensión 4.Ambiente: Es la percepción del individuo de todo lo que le rodea Ambiente consta de 8 facetas

- Libertad y seguridad física
- Ambiente físico (polución/ ruido/ tráfico/ clima)
- Recursos económicos
- Oportunidades para adquirir información y habilidades nuevas
- Participación en actividades de ocio / y oportunidades de descanso,

recreo

- Ambiente del hogar
- Sistema sanitario y social: accesibilidad y calidad
- Transporte

Como se aprecia, la calidad de vida es una definición que se relaciona con un sistema de valores, estándares o perspectivas que son personalizadas y varían de grupo a grupo, de lugar a lugar, que consiste en la sensación de bienestar experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones objetivas y subjetivas personales, y es reconocido como un tema multidisciplinario.⁴

La palabra climaterio viene del griego "klimakter", en latín "climacter" que significa escalera, peldaño, escalón en la vida de una persona, etapa difícil de superar.²⁹

Hipócrates en sus escritos manifiesta el cese de las menstruaciones y Aristóteles en el año 322 a.n.e. describe en su historia Animalium que la menstruación cesa alrededor de los 50 años. En el siglo VIII los síntomas de la menopausia se atribuyen a la acumulación de toxinas, que antes de la menopausia estas son excretadas por el organismo, pero, al ser retenidas, destruyen gradualmente el cuerpo de la mujer. John Freind, en 1729, describe que el cese de la menstruación ocurre al alrededor de los 49 años. Desde entonces la edad de presentación de la menopausia no ha cambiado significativamente.^{30, 31}

No es hasta el siglo XIX, en que se inicia un cambio de actitud, y se considera que la menopausia y todos los síntomas del climaterio se deben a la involución de los ovarios.³¹

En las sociedades latinoamericanas también se ha acelerado el cambio poblacional. En las décadas pasadas ha crecido apreciablemente la proporción de personas mayores de 60 años, y en este grupo, es mayor la cantidad de

mujeres. El resultado general de este proceso es la conformación de una población fundamentalmente adulta, con los efectos que esto tiene en la modificación de las necesidades sociales y el consecuente cambio en los roles y funciones de la mujer. Por otra parte, la mayor longevidad femenina conlleva el riesgo de asociarse a una mayor frecuencia de enfermedades crónicas.

Durante el ciclo de vida de la mujer se tienen en cuenta varias etapas del desarrollo para definir los fenómenos de madurez y envejecimiento, entre las cuales figuran: niñez, juventud, edad adulta, climaterio y senectud.²⁴

La etapa de la vida de la mujer que transcurre entre su fase reproductiva y no reproductiva, es un proceso que dura varios años y se denomina climaterio, en el cual, el agotamiento de la reserva folicular constituye su elemento más importante, hecho que entre otros aspectos depende del número inicial de folículos en el estroma ovárico, así como de las vías para la regulación de su pérdida y que origina cambios en los niveles plasmáticos de las hormonas que intervienen en la regulación del eje hipotálamo-hipófisis-ovario, siendo el hipoestrogenismo la modificación más importante.¹⁷

La vivencia y expresión clínica del climaterio es muy variada, considerando que cada mujer puede cursarla de un modo diferente según su personalidad, su cultura, ambiente social e idiosincrasia. Otros elementos deben tenerse en cuenta pues también se asocia con el estilo de vida mantenido hasta el momento de la menopausia, el nivel sociocultural, las relaciones de pareja y el proyecto de vida. De ahí el concepto de personalización de la atención a las mujeres durante esta etapa de la vida, pues cada una vive su “propio climaterio”.²⁴

Los trastornos del psiquismo son importantes. Generalmente la menopausia se ha asociado siempre con cambios de carácter y labilidad afectiva, llanto fácil, ansiedad, falta de comunicación, preocupación por la salud y necesidad de comprensión y apoyo. De todos los síntomas, el más frecuente es la depresión que se asocia con trastornos del metabolismo del triptófano por la falta de estrógenos, pues los estrógenos aumentan el cortisol sérico y éste la triptofanciclooxigenasa que transforma el hidroxitriptófano en serotonina. Una falta de esta última es la que genera depresión. Independientemente de lo señalado desde el punto de vista biológico, en esta etapa de la vida es frecuente que ya los hijos son mayores y abandonan el hogar y la mujer, sobre todo si es ama de casa, se siente sin misión, sin cometido. Ocurre lo que se ha dado en llamar el síndrome del nido vacío que añade una carga psíquica negativa al cuadro que tiene y esta expresión psicoconductual puede expresarse en forma de "celos" de mayor o menor intensidad. ²⁸

Es importante también en esta etapa de la vida la comparación que muchas veces hace la mujer en relación con los estándares de vida en que se ha desenvuelto y que le sirven de referencia, donde ella misma valora sus capacidades físicas, mentales, rasgos de belleza, etcétera. En conclusión, hay una disminución de su satisfacción personal y por tanto de su autoestima. También surgen preocupaciones de índole laboral y económica, donde ella se ve menos apta para el trabajo y tiene cerca la jubilación, situación que la pone en desventaja en el contexto familiar. ¹¹

En 1999 en Cuba se pone en marcha el "Modelo de atención a la mujer climatérica", (MACLI) con una consulta de climaterio y menopausia en el hospital "Ramón González Coro" para realizar una atención especializada a

este grupo poblacional bajo una nueva concepción médico social, a fin de reconocer el carácter fisiológico de esta etapa de la vida femenina, donde el diagnóstico médico social se integra al esquema tradicional de atención médica; primer paso de atención con un enfoque social en el país; sucesivamente se organiza una serie de consultas en los distintos hospitales y en el nivel primario de atención. Actualmente el enfoque de los especialistas cubanos en relación con el climaterio y menopausia rompe con esquemas tradicionales, no solo se tienen en cuenta los factores biológicos, sino se asocian además los factores socioculturales y psicológicos en la expresión del climaterio.^{32, 33}

Por otra parte, el aumento progresivo de la esperanza de vida junto a los avances terapéuticos a lo largo del siglo XXI, han determinado que cada vez sea mayor el número de mujeres que alcancen el climaterio y que pasen al menos un tercio de su vida después de la menopausia. Esto sitúa a las personas de este grupo de edad ante un nuevo perfil epidemiológico, caracterizado por la mayor prevalencia de los procesos crónicos.²⁰

Por todo lo antes planteado se hace necesario conocer algunos conceptos con relación a la mujer de mediana edad.

Edad Mediana: Es la que se corresponde con mujeres de 40 a 59 años , grupo humano al que va dirigida la atención del grupo de climaterio.

Climaterio: Existen tantos conceptos de climaterio como autores que estudian el tema, no obstante hemos preferido hacer uso de los que se exponen en II Consenso Cubano de Climaterio y Menopausia, Ciudad Habana, Diciembre

2006, donde se define como: el período de transición entre la fase reproductiva y la no reproductiva de la mujer, que se divide en dos etapas :

1. **Perimenopausia:** Desde el inicio de los síntomas climatéricos hasta la menopausia.
2. **Posmenopausia :** Desde la menopausia hasta los 64 años y a la vez se subdivide en :
 - Etapa temprana: se refiere a los 5 primeros años de la posmenopausia.
 - Etapa tardía: desde los 5 años de la menopausia hasta los 64 años.

Menopausia natural: Es el cese definitivo de la menstruación como expresión de la pérdida de la capacidad reproductiva del ovario. Su diagnóstico es retrospectivo y se hace después de un período de amenorrea mayor de 12 meses. Es un suceso más que un período.

Menopausia precoz: Es la menopausia natural que ocurre antes de los 40 años

Menopausia artificial o quirúrgica: Es el daño gonadal irreversible inducido por radio o quimioterapia o extirpación quirúrgica

Menopausia tardía: Es la menopausia que ocurre después de los 55 años de edad.^{11,34}

Aspectos biológicos

La Organización Mundial de la Salud define la menopausia como el cese permanente de la menstruación, tras un periodo de doce meses consecutivos de amenorrea, sin otra causa aparente patológica ni psicológica. Se reserva el término de peri menopausia para el periodo de tiempo que precede a la última

regla y los doce meses posteriores, y pos menopausia para todos los años que siguen tras la última regla.

La edad de aparición de la menopausia es variable se acepta que tiene lugar entre los 35 y 55 años, con un promedio a los 50 años. Diferentes factores influyen en el momento del cese definitivo de la menstruación, entre los que se señalan: la edad de la menarquia, la herencia, ocurre a una edad similar en una misma familia; el hábito de fumar, donde las fumadoras tiene una tendencia a una menopausia en edades inferiores a el resto de la media poblacional; y la paridad, se considera que a mayor paridad se eleva la edad de la menopausia y las nulíparas tienen menopausias más tempranas; la presencia de enfermedades asociadas como la Diabetes Mellitus donde se describe la menopausia en edades por debajo de los 45 años; todos estos elementos se explican por una aceleración en la depleción de los folículos antrales y primordiales en dependencia del estímulo causante, así mismo, indirectamente se genera un incremento en los niveles de hormona Foliculo Estimulante y hay una disminución de la hormona Antimulleriana, producida por las celulas de la granulosa de los pequeños folículos en crecimiento del ovario, esta hormona hoy en dia es considerada como uno de los mejores marcadores para la predicción de la insuficiencia ovárica primaria y sus niveles durante la menopausia son practicamente indetectables, esta hormona no guarda relación con el eje hipotalamo hipofisiario.³³

La menopausia se produce de forma fisiológica entre los 45-55 años de edad. El promedio de edad de la menopausia, en la mayoría de los países subdesarrollados que llevan registros de salud, es de 48 años, en cambio en los países desarrollados, la mujer tiene su menopausia alrededor de los 51

años. En España según estudios realizados, es a partir de los 50 años, existiendo diferencias inclusive entre las féminas españolas y las mujeres inmigrantes sobre todo latinas que viven en esta región, ya que para las españolas se describe una edad media alrededor de los 52 años, y para las latinas el promedio fue de 50,5 años. En América Latina y países árabes se señalan edades algo inferiores.

En estudios realizados acerca del climaterio en Cuba se ha encontrado que la edad de la menopausia natural ocurre entre los 47 y 48 años con una media a los 48,1 años y es poco frecuente que se presente después de los 55 y antes de los 40 años^{11, 28,33}

Cerca del 80% de las mujeres expresan algún síntoma durante este período de transición, y según el momento en que se presenten se les conoce

como: **Síntomas precoces:** son aquellos que ocurren con máxima frecuencia durante la perimenopausia y en el año de amenorrea; bajo esta denominación se encuentra el subgrupo conocido como síntomas vasomotores que incluye las palpitaciones, las sudoraciones y los sofocos o hot flashes que al parecer caracterizan al climaterio. También conforman este grupo los síntomas psicológicos que abarcan la irritabilidad, la ansiedad, la depresión, el insomnio y la disminución de la libido.

Síntomas intermedios: son aquellos que ocurren entre los 2 – 5 años de la posmenopausia entre estos se encuentran los síntomas genitourinarios que incluyen sequedad vaginal, dispareunia, prurito genital, tenesmo vesical, polaquiuria, disuria, incontinencia urinaria.

Síntomas tardios: su debút clínico ocurre 10 años después de la menopausia, generalmente están relacionados con el déficit estrogénico existente que lleva

a un incremento en la morbilidad y mortalidad en afecciones como la osteoporosis, la aterosclerosis, las demencias, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la insuficiencia coronaria, y las neoplasias de mama, útero y ovario

Existe otro grupo de síntomas conocido como **Síntomas Generales** que pueden aparecer en cualquier momento de esta etapa de la vida y entre los que se encuentran: la variación del peso, decaimiento, calambres, artralgias, mialgias y mareos.^{11,28,33}

Aspectos psicosociales

Al acercarse a la segunda mitad de la vida en la mayoría de las mujeres ocurren modificaciones en el estilo de vida, ya sea por el crecimiento de los hijos y su salida del hogar para quienes se habían dedicado hasta entonces a ser madres o por la sensación de haber perdido una parte importante de su vida como mujeres en el caso de quienes hasta entonces han optado por vivir solas, quizás dedicadas a una profesión o trabajo remunerado.³⁰ Ante los sentimientos desagradables que le provoca pensarse en una fase de transformación hacia una imagen, una salud y nuevos roles sociales distintos a los ya conocidos, la mujer experimenta temor y, en muchos casos, responde con negación o conductas evasivas que pretenden inútilmente detener el paso del tiempo.³⁵ En esta etapa la mujer se siente triste, irritable, deprimida, ansiosa, necesitada de apoyo y comprensión, en lo cual inciden los factores sociales relacionados con preocupaciones de índole económica y laboral.²⁴

Cuando finalmente la mujer enfrenta esta etapa de aceptación de la edad, puede comenzar a realizar los cambios de pensamientos, creencias,

sentimientos y conductas que le permitan avanzar hacia una madurez plena e integral. En resumen, durante esta etapa la mujer muy posiblemente deberá realizar cambios o ajustes en las siguientes áreas o facetas de su vida:

- Relación consigo misma: redefinición de los componentes de la autoestima, la autopercepción y la autoimagen para enfocarse más en valores y cualidades afectivas, intelectuales, creativas y productivas por encima del aspecto físico basado en un ideal de la belleza de la juventud. En esta etapa, es frecuente que aquella mujer que tuvo que suspender alguna actividad intelectual o creativa durante la juventud por asumir el rol de madre, esposa o trabajadora de tiempo completo, decida retomarlo como un estímulo para la nueva fase de vida.
- Relación con la pareja: establecimiento de nuevas reglas negociadas para la relación en una fase de madurez, en la cual ambos miembros de la pareja tendrán nuevos roles y se perseguirán objetivos distintos a los de la fase anterior. También es una etapa para actualizar e incentivar la vida sexual en pareja.
- Relación con los hijos si los hubiere: redefinición del rol de madre para adaptarse a hijos adolescentes o ya jóvenes que requieren de menos cuidados, además de ser cada día más independientes.
- Relación con el ámbito laboral: etapa usualmente más productiva por contar con más experiencia y tiempo, si se vivió el rol de madre de manera intensiva durante la fase de vida anterior, pero también puede experimentarse en ella una sensación de inseguridad debida, por un lado, a la presión ejercida por las nuevas generaciones y, por la otra, al estrés y la sensación de inseguridad que ocasionan los síntomas

neuropsicológicos del climaterio cuando se ignora su origen, duración y posibilidad de tratamiento.

- Relación con la comunidad y el ámbito social en general: este período se caracteriza, al igual que la adolescencia, por un interés renovado en la amistad femenina, aun en aquellas mujeres poco sociables en las etapas anteriores. La mujer busca a quien sabe que la comprende por estar pasando una etapa similar y por ello es usual que frecuente más a grupos de mujeres en edades similares a la suya. Por otro lado, si el rol principal que ha tenido ha sido el de madre y ama de casa, como mecanismo para evitar la sensación conocida como del nido vacío, algunas mujeres comenzarán a involucrarse más en trabajos comunitarios voluntarios, o bien, se ofrecerán como cuidadoras de niños pequeños de familiares, amistades o vecinas.^{35,36}

En Cuba las mujeres en edades comprendidas entre los 40 y 59 años cumplen un importante papel social (trabajadora, esposa, madre, hija, abuela, jefa de hogar) y representan alrededor del 10% de la población general.³⁷ Uno de los aspectos medulares a considerar en esta etapa es el factor social y su relación con la salud de la mujer en esta etapa de la vida. En la actualidad la OMS hace mucho énfasis en lo que ha definido como los determinantes sociales de la Salud, que tienen una importancia muy especial en este período. Siempre que se menciona la etapa del climaterio y la menopausia, se piensa mucho en los aspectos biológicos relacionados con este periodo: déficit hormonal, cese de la función reproductiva, cambios anatómicos consecutivos, entre otros, pero realmente no todo es así. Sin embargo hay muchas mujeres que transitan por este período sin problemas ni colisiones y apenas presentan manifestaciones

propias del climaterio. Otras, quizás, demandan al menos de alguna orientación, de apoyo, por lo que los aspectos meramente biológicos están lejos de ser el único aspecto a considerar. Es por ello que existe una asociación directa entre la sobrecarga de los diferentes roles que juega la mujer y el incremento de la frecuencia de padecer síntomas climatéricos: cuidadora de padres, suegros y nietos; de enfermos, de trabajo doméstico, en sus diferentes manifestaciones.³⁷

Con respecto a la perspectiva de género, Cuba ha sido, en los últimos 40 años, un escenario social de cambio donde la situación de la mujer respecto al hombre se ha transformado dentro de un patrón cultural que se mantiene patriarcal. Las mujeres han asumido roles sociales que les han proporcionado niveles visibles de independencia y poder pero aun siguen existiendo aspectos de la vida relacionados con la cotidianidad en los que se manifiestan desigualdades entre los sexos. En la edad mediana y en la vejez, aparecen los problemas relacionados con la longevidad de la mujer que se acompaña de una calidad de vida peor que la de los hombres. Las mujeres padecen con más frecuencia de diabetes, enfermedad cerebro vascular, osteoporosis, incontinencia urinaria, artritis reumatoide y trastornos depresivos.³⁸

Las edades entre 50 a 64 años están enmarcadas en un período de tránsito dentro de la vida, una parte de la población se acoge al retiro, en Cuba está legislado que sea, 60 años para las mujeres y 65 años para el hombre. Estas razones conllevan a que este periodo se caracterice por un proceso de preocupación por los problemas que conlleva la jubilación. Otras de las características es que los hijos son generalmente adultos por lo que no demandan de la atención directa de los padres que es una de las tareas del rol

reproductivo más importantes en las edades más jóvenes. En esta etapa aparecen los cambios biológicos, endocrinos y hormonales, así como, los psicosociales del climaterio. Además, se aprecia con más fuerza la pérdida del atractivo y el vigor físico, hay temores a una vejez inmediata, hay preocupación al pensar en lo que se ha conseguido y en lo que no, así como dudas en la forma en que se ha vivido.³⁹

Las generaciones de mujeres al final de la vida reproductiva y en la etapa anterior a la vejez han sido denominadas “generación sándwich o mujeres en el medio“, porque además de estar en muchas ocasiones incorporadas a la vida laboral activa y ocuparse de las tareas del hogar, tienen que brindar cuidados a sus familiares ancianos u otros representantes de la descendencia por lo que disponen de menos tiempo para el descanso. Por otra parte, sufren los cambios biológicos propios de su edad y los de su pareja. Todo lo cual conlleva a un mayor deterioro de su salud, a que se auto medique y acuda más frecuentemente a las consultas médicas.³⁹

Aspectos socio familiares

La presencia de hogares extendidos con integrantes de varias generaciones ha dado lugar, según algunos autores, a que las mujeres en este grupo de edades sean, frecuentemente, hijas, madres y abuelas al mismo tiempo.⁴⁰ La etapa del ciclo vital familiar más frecuentemente observada en este rango de edades es el correspondiente a la etapa de desmembramiento. Los hijos "parten" a veces físicamente y otras económicamente (pues se independizan) del núcleo familiar. Esta situación familiar y la reacción emocional generalmente asociada

al mismo, han sido descritas como el "síndrome del nido vacío" que es uno de los eventos vitales de esta etapa. Por eso ocurre un sentimiento predominante de pérdida. Aparece con mucha frecuencia cierto miedo a la edad y a las enfermedades que llegan con ella.³⁰

Durante este proceso la mujer se torna más "vulnerable y susceptible" a las relaciones dentro del entorno familiar; también es necesario señalar que las características del sistema social predominante influyen en la expresión clínica y social del climaterio. Es por ello que en un número no despreciable de ellas se hace necesaria la asistencia médica.⁴¹

En Cuba existe, además, un motivo adicional, debido a la hiperbolización de la función económica de la familia que ha traído consigo la situación social de los últimos 15 años. La mujer de edad mediana ha tenido que ocuparse de las funciones afectivas, culturales y educativas, ha conciliado los conflictos intergeneracionales y asumido la responsabilidad del cuidado de ancianos, niños y enfermos en la casa en estas difíciles condiciones; y además, en la mayoría de los casos se ha visto forzada a combinar esas funciones con las económicas, laborales y políticas.^{18, 30}

Aspectos socio laborales

En cuanto a la influencia de la vida laboral en la satisfacción y el bienestar de las mujeres se ha demostrado que en las últimas décadas aparece una fuerte relación entre la satisfacción laboral y la satisfacción con la vida^{18, 24} aunque no se ha determinado si una es causa de la otra. La vida laboral constituye para la mujer, como para el hombre, una fuente importante de gratificaciones,

relaciones sociales positivas y sentido de identidad. De hecho, el desempleo se ha asociado a bajos niveles de bienestar psicológico. Sin embargo, cuando existen conflictos en el área laboral puede afectarse el bienestar psicológico.²⁴ También la proximidad de la edad de jubilación puede constituir una situación estresante ante la cual la mujer deberá movilizar sus recursos de afrontamiento. Wright y Cropanzano⁴² hablan a favor de una relación directa entre la motivación hacia el trabajo y el bienestar subjetivo al estudiar la satisfacción con el trabajo. La vida laboral brinda a la mujer oportunidades para la realización personal y para el contacto social. Liang⁴³ y otros hablan también de la influencia del apoyo social.^{44, 35,37}

Sin embargo, Maestre estudió un grupo de mujeres climatéricas que trabajaba con otro grupo similar que no trabajaba y encontró que el hecho de vincularse o no a la actividad laboral, no influía sobre las manifestaciones del síndrome climatérico. Por otra parte, esta autora señala que el nivel sociocultural sí parece influir en dichas manifestaciones, pues las mujeres de más alto nivel poseían un concepto positivo de la menopausia.^{44,42}

Utian y otros en un estudio de validación de un cuestionario de Calidad de Vida identificaron que la calidad de vida laboral era un elemento constituyente de la calidad de vida de la mujer en la etapa del climaterio.⁴⁵

Las mujeres de edad mediana, si bien pueden haber concluido con el ciclo reproductivo biológico, se encuentran inmersas en la formación social de nuevas generaciones y con frecuencia son cuidadoras de las que le preceden. Por otra parte, el acceso de la mujer a roles laborales, políticos, familiares, cívicos y otros, hecho derivado por una parte de la necesidad que de esta fuerza de trabajo tiene la sociedad y por otra, de su intento por modificar un

condicionamiento de género que le reserva solo las tareas hogareñas en detrimento de su participación social, trae consigo una doble jornada de trabajo que puede influir negativamente en su bienestar.¹¹

La incorporación de la mujer al trabajo, su participación en el desarrollo económico del país y su rol directriz en el sostén y desarrollo de la familia, plantean que desde el punto de vista social y económico se debe asegurar la atención médica de la mujer climatérica de edad mediana, para que los cambios biológicos que se producen por la disminución en la producción de estrógenos en su organismo, no convierta esta etapa de transición en una enfermedad.

La experiencia de la menopausia es distinta en cada mujer y lleva la impronta de las diferentes culturas. No todos los sentimientos vinculados con esta etapa son negativos, pues hay mujeres que expresan un completo bienestar relacionado con expectativas personales, socios laborales y familiares cumplidas; asimismo, la satisfacción marital y el buen tratamiento durante la menopausia, aumentan la calidad de vida de la mujer en esta etapa.²⁴

Diseño Metodológico

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal de enero a noviembre del 2018, en las trabajadoras de edad mediana, del Centro Internacional de Salud La Pradera.

El universo todas las trabajadoras de edad mediana del CIS La Pradera (138) la muestra quedo constituida por 109 trabajadoras .

Para ello se aplicó un cuestionario de recolección de datos generales, la escala WHOQOL-BREF como instrumento para medir la calidad de vida, y la escala de Pérez Piñero que mide intensidad del síndrome climatérico.

Criterios de inclusión:

- Todas las mujeres comprendidas entre los 40-59 años que dieron su consentimiento para participar en la investigación y estuvieron en el momento que se aplicó el instrumento.

Criterios de exclusión

- Trabajadoras que se encontraban en misión internacionalista.
- Aquellas que se negaron a participar en la investigación

Operacionalización de las variables

- Calidad de vida Global y sus dimensiones

Se operacionalizó según el resultado alcanzado en el cuestionario

WHOQOL-BREF, considerándose las tres categorías de: Alta, (100-

130puntos), Media (70-99puntos)y Baja (60 y menos), para la calidad de vida global

Las escalas de respuesta que contiene hacen referencia a una evaluación multidimensional de calidad de vida que incorpora la percepción del individuo en varios aspectos de la vida. Cuenta con 26 incisos o ítems, que son aseveraciones para elegir según escala de 5 posibilidades. A cada posibilidad de respuesta se le da un valor que oscila en un rango entre 1 a 5 puntos.

Dimensión salud física: Alta (25-30 puntos) Media 18-26 puntos ,Baja (7-17puntos).Salud Física se corresponde con los ítems 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18.

Dimensión psicológica: Alta(23-30 puntos), Media (15.22 puntos), Baja (6-14 puntos).Dimensión psicológica se corresponde con los ítems 5, 6, 7, 11, 19, 26 .

Dimensión relación social: Excelente (31-40 puntos) Regular (21-30puntos),Deficiente (4-7 puntos).Relaciones Sociales con los ítems 20, 21, 22

Dimensión ambiente: Excelente (31-40 puntos) Regular (21-30puntos)Deficiente (8-20 puntos). Ambiente se corresponde con los ítems 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25

- Edad Actual: en años cumplidos al momento del encuentro. Se definieron para el análisis los siguientes grupos: De 40 a 44, de 45 a 49, de 50 a 54 y de 55 a 59 años.
- Tipo de menopausa: natural o quirúrgica

- Edad de la menopausia: considerada un año después del último periodo menstrual.
- Enfermedades crónicas :Afecciones que refieren en el momento de la entrevista HTA, ECV, DM, Cardiopatía, Migraña, Osteoporosis
- Intensidad del síndrome climatérico: (asintomático o muy leve, leve, moderado, molesto)

Fue creado por la Dra. Julia Pérez Piñero y aprobado en el Segundo Consenso Cubano sobre Climaterio y Menopausia¹¹Se aplica de forma habitual en las consultas e investigaciones de Climaterio y menopausia en los diferentes niveles de atención. Explora 5 grupos de síntomas que constituyen sub escalas, cuya suma ofrece información sobre la intensidad del síndrome en general Asintomático o muy leve (0 a 24 puntos)Leve (25 a 50 puntos), Moderado (51 a 80 puntos),Muy molesto (81 puntos o más).

- Nivel de escolaridad: se definieron 4 categorías según ultimo nivel de escolaridad aprobado, fueron los siguientes: secundaria, preuniversitario, técnico medio, universitario.
- Ocupación: se consideró según el trabajo desempeñado por la mujer .Se definieron en 3 grupos Asistencia médica, administrativas y las de servicio.
- Familiares bajo su cuidado : mide la cantidad de personas bajo su responsabilidad niños, adolescentes ,adultos mayores ,discapacitados

- Pareja estable: se tomó en consideración la existencia de relación sexual estable con una pareja por parte de la mujer encuestada. Se define en 2 grupos: con pareja sexual y sin pareja sexual
- Realización de las tareas domésticas: se define en dos categorías Sola y con ayuda.
- Satisfacción laboral: se define como el cumplimiento de sus expectativas en relación con la labor que realiza y se definió en sí o no.

Técnicas y procedimientos

Se realizó una amplia revisión bibliográfica, los datos primarios se obtuvieron de la planilla de recolección de información (Anexo 1) y se aplicaron los instrumentos para medir Calidad de vida el WHOQOL-BREF (Anexo 2) y para la intensidad del síndrome climatérico la escala Pérez Piñero.(Anexo3).Una vez aplicados los instrumentos, los datos recolectados fueron introducidos en una base de datos diseñada para tal fin en Microsoft Excel.

En el análisis estadístico se aplicó el coeficiente de correlación lineal de Pearson para buscar asociación entre el puntaje de la calidad de vida global y otras variables cuantitativas como intensidad de síndrome climatérico, edad, edad de la menopausia, y numero de familiares al cuidado de la mujer.

También se realizó comparación de media entre muestras independiente para comparar la calidad de vida global promedio (Puntaje) entre grupos definido por las variables tipo de menopausia y satisfacción laboral (U de Mann Whitney); existencia de pareja estable y realización de actividades domésticas(tStudents

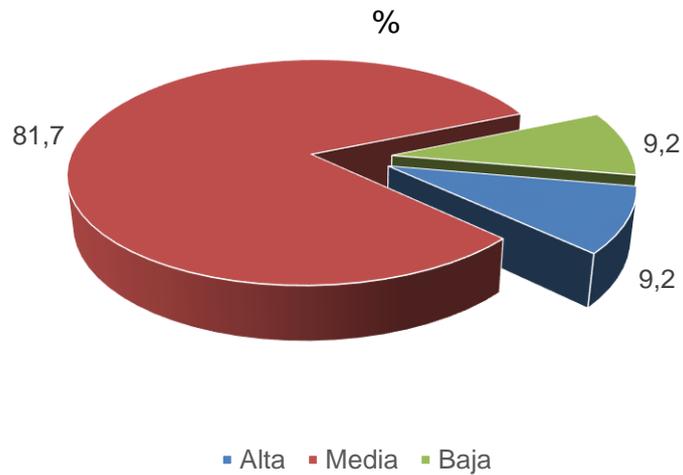
).Para ambos grupos de comparaciones se consideraron muestras independientes y un nivel de significación de $<0,05$.

Consideraciones éticas

Para la realización de este estudio se tuvieron en cuenta los principios éticos básicos establecidos en la Declaración de Helsinki, y actualizados en Edimburgo en el año 2000, además se tomaron en consideración los principios éticos establecidos en el Informe Belmont que señalan a la autonomía, beneficencia, no maleficencia y la justicia como rectores. El estudio fue justificado desde el punto de vista ético pues el centro de salud donde se realizó obtendrá los beneficios de los resultados. Se pidió a cada una de las mujeres su voluntariedad en la participación del mismo luego de ser informadas debidamente acerca de las características, objetivos, beneficios disponibles de la investigación, asegurándoles el anonimato y la confidencialidad, con la aseveración de que los datos obtenidos solo serían utilizados con fines científicos.(anexo 4)

Análisis de los Resultados

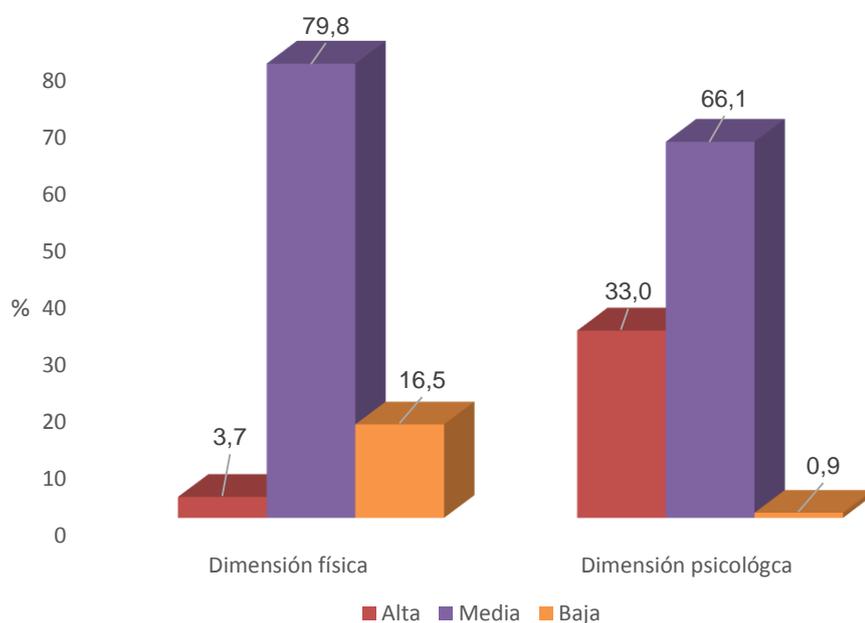
Gráfico 1. Distribución de trabajadoras de edad mediana según calidad de vida global



Fuente: tabla 1

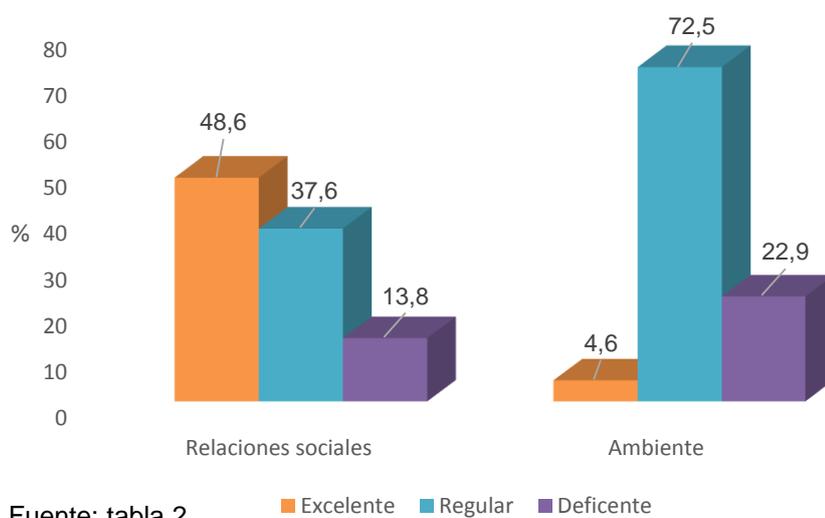
En el gráfico 1 tabla 1 se puede observar que las trabajadoras de edad mediana del CIS La Pradera en general predominaron niveles medios de calidad de vida global 81,7 %; igual predominio se encontró en las dimensiones de salud física con 79,8 % y la psicológica con 66,1 %. (Gráfico 2)

Gráfico 2. Distribución de trabajadoras de edad mediana según dimensiones física y psicológica de calidad de vida



Fuente: tabla 1

Gráfico 3. Distribución de trabajadoras de edad mediana según dimensiones relaciones sociales y ambiente de calidad de vida



Fuente: tabla 2

El gráfico 3, tabla 2 muestran que en la dimensión de las relaciones sociales las trabajadoras de edad mediana fueron clasificadas como excelentes en el 48,6% y en la dimensión ambiente predominó la categoría regular en la que se observó en el 72,5% de las féminas seguido de un 25% en la categoría de deficiente.

Tabla 3 Distribución de trabajadoras de edad mediana según edad y calidad de vida global

| Grupos de edades (años) | Calidad de vida | | | | | | Total |
|-------------------------|-----------------|------|-------|------|------|------|-------|
| | Alta | | Media | | Baja | | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | |
| 40 – 44 | 1 | 4,8 | 19 | 90,5 | 1 | 4,8 | 21 |
| 45 – 49 | 0 | 0,0 | 24 | 92,3 | 2 | 7,7 | 26 |
| 50 – 54 | 9 | 20,9 | 30 | 69,8 | 4 | 9,3 | 43 |
| 55 – 59 | 0 | 0,0 | 16 | 84,2 | 3 | 15,8 | 19 |
| Total | 10 | 9,2 | 89 | 81,7 | 10 | 9,2 | 109 |

Nota: los porcentajes fueron calculados en base al total de las filas

$r = -0,145$.

Según muestra la tabla 3, la mayor cantidad de trabajadoras de edad mediana estaban entre los 50 a 54 años en estas la mayoría estuvo clasificadas en la categoría de calidad de vida media y correspondió el 69,8 %; sin embargo, en comparación con los otros grupos de edades este porcentaje fue el menor. Las féminas entre 55 y 59 años fueron las que con mayor frecuencia clasificaron en la categoría baja para un 15,8 %. Aparentemente, a medida que aumenta la edad empeora la calidad de vida pero esta relación es muy débil desde el punto de vista estadístico ya que la correlación entre la calidad de vida global y la edad fue de $-0,145$.

Tabla 4 Distribución de trabajadoras de edad mediana según tipo de menopausia y calidad de vida global

| Tipo de menopausia | Calidad de vida | | | | | | Total |
|--------------------|-----------------|------|-------|------|------|------|-------|
| | Alta | | Media | | Baja | | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | |
| Natural | 8 | 15,4 | 38 | 73,1 | 6 | 11,5 | 52 |
| Quirúrgica | 0 | 0,0 | 2 | 66,7 | 1 | 33,3 | 3 |
| Total | 8 | 14,6 | 40 | 72,7 | 7 | 12,7 | 55 |

Nota: los porcentajes fueron calculados en base al total de las filas

$p = 0,049$

En la tabla 4 se observa, en general, que las trabajadoras de edad mediana con menopausia natural fueron las más frecuentes (52) solo tres de ellas habían tenido menopausia quirúrgica, el 15,4 % de las primeras clasifico en la categoría de calidad de vida alta mientras que el 33,3% de la menopausia quirúrgica clasificaron con calidad de vida baja, lo que sugiere que aquellas con menopausia natural tenían mejor calidad de vida que las de menopausia quirúrgicas; en la comparación de medias de la calidad de vida global por tipo de menopausia las diferencias fueron estadísticamente significativas para una $p = 0,049$,a través de la prueba U de Mann Whitney .

Tabla 5. Distribución de trabajadoras de edad mediana según edad de la menopausia y calidad de vida global

| Grupos de edades (años) | Calidad de vida | | | | | | Total |
|-------------------------|-----------------|------|-------|------|------|------|-------|
| | Alta | | Media | | Baja | | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | |
| 40 – 44 | 1 | 20,0 | 4 | 80,0 | 0 | 0,0 | 5 |
| 45 – 49 | 5 | 18,5 | 18 | 66,7 | 4 | 14,8 | 27 |
| 50 – 55 | 2 | 8,7 | 18 | 78,3 | 3 | 13,0 | 23 |
| Total | 8 | 14,6 | 40 | 72,7 | 7 | 12,7 | 55 |

Nota: los porcentajes fueron calculados en base al total de las filas

$$r = - 0,028$$

La edad mediana fue de 49 años

El promedio de edad de la menopausia en las trabajadoras de edad mediana fue de 49 años. La tabla 5 muestra que el 20% de las mujeres con menopausia entre 40-44 años clasifico con una calidad de vida alta, así como el 18,5% de aquellas entre 45-49 años En calidad de vida baja estuvo el 14,8% de las mujeres entre 45-49 años y el 13%de aquellas entre 50-54 años; no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la calidad de vida global y la edad de la menopausia ya que el coeficiente de correlación fue de -0,028.

Tabla 6. Trabajadoras de edad mediana con enfermedades crónicas según tipo y calidad de vida global

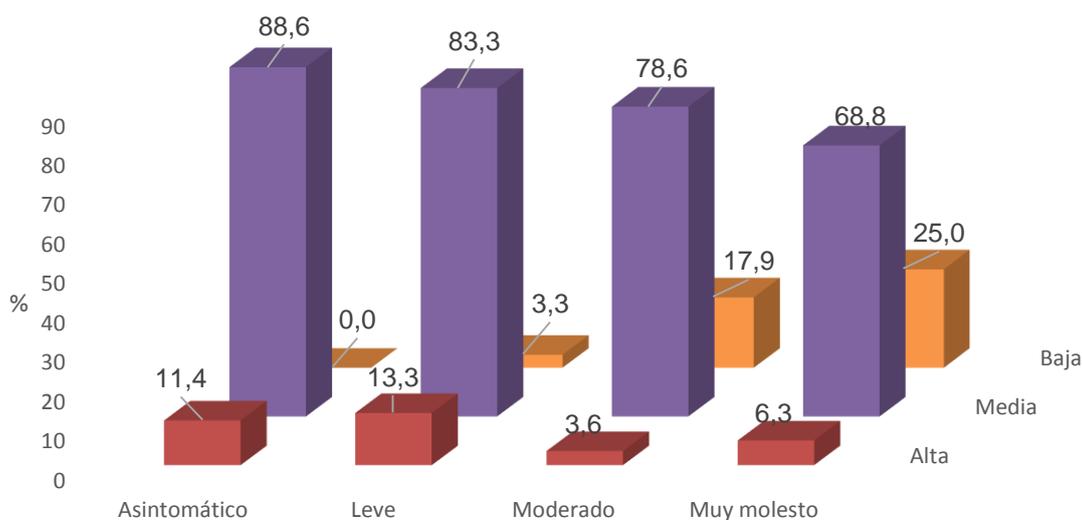
| Enfermedad crónica | Calidad de vida | | | | | | Total |
|-----------------------|-----------------|------|-------|-------|------|------|-------|
| | Alta | | Media | | Baja | | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | |
| Hipertensión arterial | 3 | 8,3 | 27 | 75,0 | 6 | 16,7 | 36 |
| Migraña | 3 | 9,4 | 26 | 81,3 | 3 | 9,4 | 32 |
| Diabetes mellitus | 1 | 9,1 | 9 | 81,8 | 1 | 9,1 | 11 |
| Asma bronquial | 1 | 10,0 | 8 | 80,0 | 1 | 10,0 | 10 |
| Osteoporosis | 2 | 28,6 | 3 | 42,9 | 2 | 28,6 | 7 |
| Cardiopatía | 0 | 0,0 | 2 | 100,0 | 0 | 0,0 | 2 |

Nota: los porcentajes fueron calculados en base al total de las filas

En la tabla 6 se puede observar que a enfermedad crónica más frecuente en las trabajadoras de edad mediana del CIS La Pradera fue la hipertensión arterial seguida de la migraña y la diabetes mellitus. Según calidad de vida el 16,7% de las hipertensas clasifico en calidad de vida baja y el 75% en Calidad de Vida Media; el 81,3 % de mujeres con migraña quedo clasificada en la categoría de media.

G

Gráfico 4. Distribución de trabajadoras de edad mediana según intensidad del síndrome climatérico y calidad de vida global



Fuente: tabla 7

■ Alta ■ Media ■ Baja

En la tabla 7, se puede observar que la mayoría de las trabajadoras de edad mediana califico entre las categorías asintomáticas o muy leves y leves. Además, grafico 4 muestra que más del 80 % de las mujeres clasifico como

calidad de vida media; sin embargo, aquellas con síndrome climatérico menos intenso asintomático y leve tuvieron una mayor frecuencia de calidad de vida alta, mientras la de intensidad moderada y muy molesto tuvieron mayores porcentajes de calidad de vida baja; la correlación entre calidad de vida y el síndrome climatérico fue de -0,363, lo que se traduce que a mayor intensidad del síndrome menor calidad de vida.

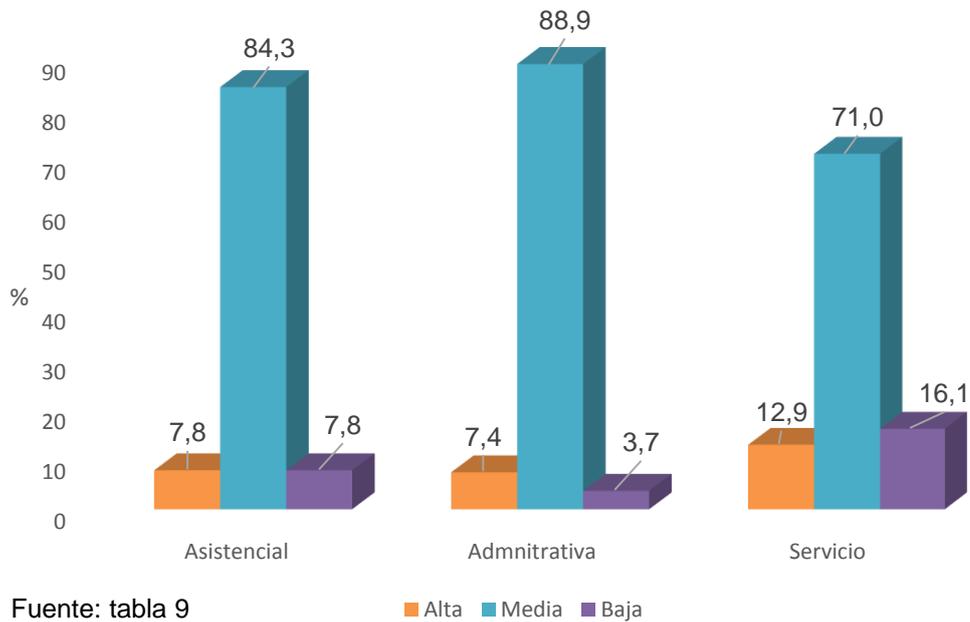
Tabla 8. Distribución de trabajadoras de edad mediana según escolaridad y calidad de vida global

| Escolaridad | Calidad de vida | | | | | | Total |
|-------------------|-----------------|------|-------|-------|------|------|-------|
| | Alta | | Media | | Baja | | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | |
| Secundaria básica | 0 | 0,0 | 2 | 100,0 | 0 | 0,0 | 2 |
| Preuniversitaria | 0 | 0,0 | 6 | 100,0 | 0 | 0,0 | 6 |
| Técnico medio | 3 | 7,7 | 31 | 79,5 | 5 | 12,8 | 39 |
| Universitaria | 7 | 11,3 | 50 | 80,6 | 5 | 8,1 | 62 |
| Total | 10 | 9,2 | 89 | 81,7 | 10 | 9,2 | 109 |

Nota: los porcentajes fueron calculados en base al total de las filas

En la tabla 8 se observó que, en general, la mayoría de las trabajadoras de edad mediana tenía un nivel de escolaridad de universitarias y técnico medio, y clasificaron en la categoría de media en calidad de vida, lo que se corresponde a la totalidad de aquellas con secundaria básica y pre universitario, 80,6% universitaria y un 79,5% con nivel técnico medio.

Gráfico 5. Distribución de trabajadoras de edad mediana según labor que desempeña y calidad de vida global



En la tabla 9 La mayor cantidad de trabajadoras de edad mediana realizaban una actividad asistencial. Además en el gráfico 5 se puede observar que independientemente que existe un predominio de la calidad de vida media, en el grupo de las trabajadoras de servicios se encontró una variación mayor, lo que se corresponde con el 71 % de calidad de vida media ,12,9 % de calidad de vida alta y 16,1 % de calidad de vida baja .

Tabla 10 Distribución de trabajadoras de edad mediana según familiares a su cuidado y calidad de vida global

| Familiares a su cuidado | Calidad de vida | | | | | | Total |
|-------------------------|-----------------|------|-------|------|------|------|-------|
| | Alta | | Media | | Baja | | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | |
| 0 | 2 | 7,4 | 22 | 81,5 | 3 | 11,1 | 27 |
| 1 | 3 | 7,7 | 32 | 82,1 | 4 | 10,3 | 39 |
| 2 y más | 5 | 11,6 | 35 | 81,4 | 3 | 7,0 | 43 |
| Total | 10 | 9,2 | 89 | 81,7 | 10 | 9,2 | 109 |

Nota: los porcentajes fueron calculados en base al total de las filas

$r=0,09$

La tabla 10 muestra que el mayor número de féminas estuvo en las que tenían dos o más familiares a su cuidado, entre ellas predominó la categoría de calidad de vida media para un 81,4 % y el 11,6 % en calidad de vida alta, para las que no tenían ningún familiar a su cuidado el 11,1 % clasificó en calidad de vida baja; la correlación entre calidad de vida global y familiares a su cuidado fue de 0.09 lo que significa que no existe asociación entre ellas.

Tabla 11 Distribución de trabajadoras de edad mediana según pareja estable y calidad de vida global

| Pareja estable | Calidad de vida | | | | | | Total |
|----------------|-----------------|-----|-------|------|------|------|-------|
| | Alta | | Media | | Baja | | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | |
| No | 2 | 8,7 | 17 | 73,9 | 4 | 17,4 | 23 |
| Sí | 8 | 9,3 | 22 | 83,7 | 6 | 7,0 | 86 |
| Total | 10 | 9,2 | 89 | 81,7 | 10 | 9,2 | 109 |

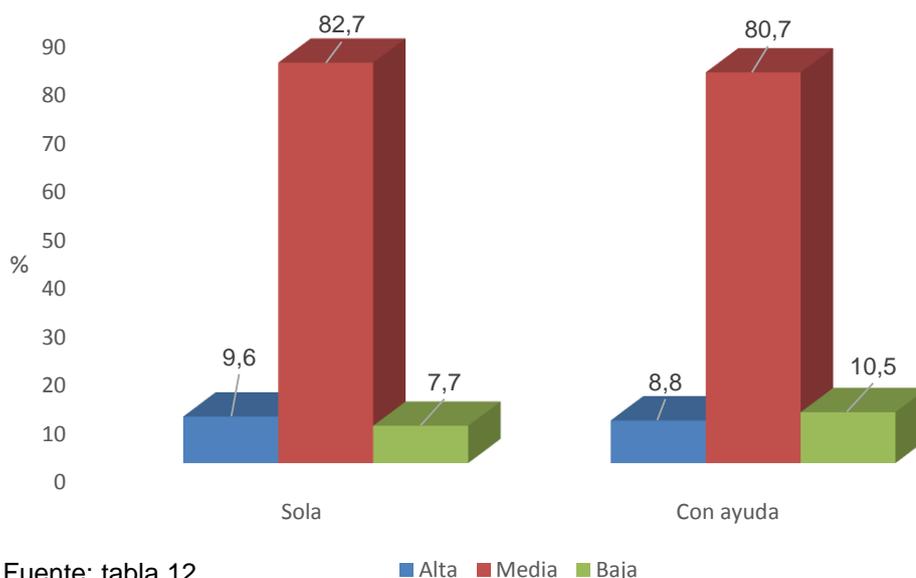
Nota: los porcentajes fueron calculados en base al total de las filas

$t= -1,465$; $p= 0,145$

En la tabla 11 se observa que la mayoría de las trabajadoras (86) tenía pareja estable y entre ellas el 83,7% clasificó en categoría de calidad de vida media, mientras que el 17,4 % de aquellas que no declararon pareja estable quedó incluido en la categoría de baja calidad de vida global. No se encontró

diferencias significativas en el promedio de calidad de vida global entre aquellas féminas con y sin pareja ($p= 0,145$)

Gráfico 6. Distribución de trabajadoras de edad mediana según ayuda en las actividades domésticas y calidad de vida global



Según muestra la tabla 12, 57 mujeres realizaban las actividades domésticas con ayuda y 52 la realizaban solas. Además en el gráfico 6 se puede observar que el 82,7 % de este segundo grupo clasificó en la categoría de calidad de vida media, y el 9,6 % en calidad de vida alta. Entre las féminas que realizaban las labores domésticas con ayuda el 10,5% clasificó para la categoría de calidad de vida baja. Al comparar el promedio de calidad de vida entre ambos grupos no se encontraron diferencias significativas.

($t= -1,423$; $p= 0,158$)

Tabla 13. Distribución de trabajadoras de edad mediana según satisfacción laboral y calidad de vida global

| Satisfacción laboral | Calidad de vida | | | | | | Total |
|----------------------|-----------------|------|-------|------|------|------|-------|
| | Alta | | Media | | Baja | | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | |
| No | 2 | 50,0 | 1 | 25,0 | 1 | 25,0 | 4 |
| Sí | 8 | 7,8 | 88 | 83,8 | 9 | 8,6 | 105 |
| Total | 10 | 9,2 | 89 | 81,7 | 10 | 9,2 | 109 |

Nota: los porcentajes fueron calculados en base al total de las filas

$p=0,594$

En la tabla 13 se puede observar que la mayoría de las trabajadoras de edad mediana (105).respondieron estar satisfechas con la labor que realizaban .Entre ellas el 83,8%clasifico en la categoría de calidad de vida global media. De las cuatro que declararon no estar satisfecha con la labor que realizaba la mitad clasifico en calidad de vida alta. Sin embargo, no se encontró diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida global promedio entre ambos ($p=0,594$)

Discusión

La importancia de las investigaciones acerca de la calidad de vida en función de las condiciones de existencia y su evolución, es que se puede valorar el efecto del tiempo y la intensidad en que han estado actuando condiciones específicas sobre la salud de la comunidad o el individuo, sean favorables o desfavorables y esa importancia se acrecienta si se entiende que la reacción psicobiológica y la capacidad de adaptación del hombre frente a un evento aislado o sistemático, intenso pero breve, o moderado y constante, son diferentes.

En su concepción más amplia, la calidad de vida recibe la influencia de los determinantes sociales, factores como: empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente y otros, que conforman el entorno social en donde nace, se desarrolla esta mujer, por ende, influye positivamente sobre su desarrollo a lo largo de toda su vida.³⁷

Otros autores plantean que la calidad de vida relacionada con la salud reviste de gran importancia ya que es la manera en que la persona o un grupo de personas perciben su salud física y mental en el transcurso del tiempo. Se utiliza con frecuencia por el personal de la salud para estimar los efectos de las enfermedades crónicas en los pacientes, con el objetivo de determinar cómo interfiere la enfermedad en la vida cotidiana de los mismos, y realizar las acciones médicas que favorecen la regulación psicobiológica, la protección de la salud y la vivencia de bienestar.

La vivencia del climaterio no solo depende de la falla ovárica sino de otros factores como la personalidad de la mujer, su entorno geográfico y social, su

cultura, creencias, valores, principios, circunstancias personales y familiares que influyen, positiva o negativamente, en la adaptación a esta etapa de la vida y pueden modificar su representación, con un significado tan sustancial que en algunas ocasiones puede interferir en la habilidad para disfrutar de un estado de salud adecuado y provocar consecuencias negativas en la propia persona.

La mayor parte de los autores definen esta etapa como un proceso de transición fisiológica en la vida de la mujer, lo cual es cierto. En su desarrollo aparecen una serie de manifestaciones clínicas de variada intensidad, que lo convierten en un síndrome psicósomático y sociocultural de diferentes características y complejidad en cada mujer que, en sentido general, incrementan a largo plazo la morbilidad y la mortalidad por diferentes problemas de salud que se asocian a él.^{19, 29}

Al aplicar el instrumento WHOOL-BREF que mide la calidad de vida con sus diferentes dimensiones como la salud física, psicológica, las relaciones sociales y el ambiente se pudo apreciar que de las 109 trabajadoras que se le aplicó el cuestionario 89 calificaron para una calidad de vida global Media para el 81,7%, de igual manera las dimensiones salud física con un 79,8 % y la psicológica con un 66,1%.

En la dimensión relaciones sociales 53 mujeres, el 48,6 % calificaron en la categoría de excelente y 79 de ellas, el 72,5% en la dimensión de ambiente clasifíco de regular.

En un estudio realizado por Rivero Núñez³⁹ y cols. sobre la evaluación de la calidad de vida en el policlínico de Parraga, en 2014, de manera general se señala un discreto predominio de mujeres que percibían una calidad de vida

baja 53,7 % contra el 46,3 % restante que la percibía como media, en tanto ninguna clasificó en la categoría alta.³⁹

La mayor cantidad de trabajadoras estuvieron entre los grupos de edades de 50 a 54 años y el 69,8% clasificó en la categoría de calidad de vida media no siendo así para el grupo entre las edades de 55 a 59 con un 15,8 % para calidad de vida baja.

En el reporte de Roca Soler³⁵, sobre un estudio realizado sobre calidad de vida de las mujeres peri menopáusicas, el mayor por ciento de mujeres correspondió al grupo de 45 a 49 años de edad, (47.4 %) y sólo el 4.1 % en el grupo de 55 a 59 años. En el período pos menopáusico las mayores frecuencias pertenecieron a los grupos de 45 hasta 54 años de edad, 31.1 % y la menor frecuencia estuvo en el grupo de 40 a 44 años (12.6 %).

El promedio de edad de la menopausia para las trabajadoras del CIS La Pradera fue de 49 años, el 20% de las féminas con menopausia entre las edades de 40 a 44 años expresaron una calidad de vida alta y el 18,5% entre 45 a 49 años también, el 66,7 % del mismo grupo expresaron una calidad de vida media.

Blümel⁸ tras incluir 481 mujeres entre 40 y 59 años, utiliza el instrumento específico de calidad de vida para la menopausia de Hilditch (MENQOL MenopauseQuality of life), y encontró un deterioro considerable en la calidad de vida de las mujeres en el climaterio, con importantes diferencias antes y después de la menopausia.

Según este autor, los cuatro dominios de síntomas se deterioran cuando comienzan las irregularidades menstruales en la peri menopausia, no observándose cambios significativos cuando posteriormente cesan los flujos

menstruales; el daño de calidad de vida es previo a la menopausia. Al aplicar regresión logística, observaron que la pérdida de calidad de vida en estas mujeres no dependía de la edad ni de variables socio demográfico como el estado civil, número de hijos, educación o actividad laboral, sino de su status hormonal subsecuente a la menopausia.

Estos resultados dan a conocer clínicamente que cuando se inicia la etapa del climaterio (40 – 44 años) la sintomatología es menos intensa, lo cual se va incrementando paulatinamente hasta tener su máxima expresión al finalizar esta etapa (55 – 59 años); esto implica que a medida que las mujeres que ingresan a la etapa del climaterio tienen una mejor calidad de vida y que ésta se va deteriorando gradualmente conforme van avanzando los años; ya que la variación de la sintomatología climatérica es fluctuante de acuerdo a la edad, esto es debido al déficit inevitable de los estrógenos.

Diversos autores reportan que la edad de aparición de la menopausia no se ha modificado en los últimos siglos, a diferencia de la edad de la menarquía cada vez más temprana, por la mejoría de las condiciones de vida y salud situándose hacia los años 50 con intervalo entre los 44-56 años del 95.0 %.

Se conocen factores que influyen en su aparición, la herencia plantea que las hijas tienden a tener la menopausia a la misma edad que sus madres. El tabaquismo, la desnutrición, el consumo de alcohol y dietas vegetarianas estrictas, inducen menopausias más precoces, por el contrario el estado civil paridad, a una menopausia más tardía.⁶⁵

La autora de este estudio encontró según el tipo de menopausia, la natural fue la más representada con un 15,4 % para la categoría calidad de vida alta, mientras que el 33,3% fueron quirúrgicas con una calidad de vida baja.

En la investigación realizada por Rivero Núñez³⁹ la relación entre la calidad de vida global y el tipo de menopausia de la población dio como resultado que la calidad de vida fue baja para el 69.3% de mujeres con menopausia natural.

Similar resultado en el estudio de Cedeño Porras ⁶⁶ las pacientes con menopausia natural fue la predominante con un 68,6% y la quirúrgica resulto de 0,056 %.

Artiles⁷³ al analizar resultados de diferentes estudios, se pudo comprobar que en Cuba la edad de menopausia natural está entre los 47 y 48 años.

Santisteban³⁴ expresa una media de 47,4 años de edad para la menopausia natural y por debajo de 40 años la menopausia quirúrgica. En su muestra el 42,3 % de 173 pacientes pos menopáusicas, están comprendidas en el grupo con menopausia artificial de causa quirúrgica con una edad media de 39,2 años.

Heredia y Lugones ⁶⁷ refieren cifras de edad promedio de menopausia natural de 49,8 años con un intervalo de 48,8 y 50,8 años.

Estos resultados están en correspondencia con las edades dadas en el II Consenso de Climaterio y Menopausia en relación con la edad en que aparece la menopausia.¹¹

La edad media de la menopausia coincide con las cifras de países, en vías de desarrollo; mientras que en los reportes de países industrializados la edad

media de la menopausia espontánea es superior a los 50 años de edad, con una media de 52,5 años.⁶⁸

La mayoría de los autores coinciden en que existen variaciones entre el rango de edad de ocurrencia de la misma y que esto puede estar influenciado por estilos de vida de la mujer.⁶⁸

La autora encontró en el estudio que la hipertensión arterial fue la enfermedad crónica más frecuente, con un 33% de las mujeres estudiadas

También se reporta en el mismo estudio de Cedeño Porras⁶⁶ en las féminas estudiadas dentro de los antecedentes patológicos personales la hipertensión arterial fue la más frecuente.

Alonso Aloma⁴⁶ en relación con la cantidad de enfermedades asociadas y la calidad de vida percibida plantean una tendencia a la disminución de la percepción de la calidad de vida en la medida que aumenta el número de enfermedades asociadas con porcentajes de baja calidad de vida que se mueven desde 49,5 % para las que tienen una enfermedad hasta 69,7 % para las que tenían más de dos. Sin embargo, las diferencias encontradas no fueron significativas, de ahí que no existen evidencias suficientes para plantear que la percepción de calidad de vida empeora en la medida que se incrementan las enfermedades.

Otros autores si encuentran que la presencia de enfermedades en este período, dañan aún más la calidad de vida, al ser elementos nocivos para el adecuado funcionamiento orgánico a la vez que agilizan el envejecimiento celular, en el que son partícipes los ovarios, los cuales lo evidencian mediante la disminución de su función hormonal.²⁹

Al aplicar la escala cubana de Pérez Piñero⁷⁴ para evaluar la intensidad del síndrome climatérico, se encontró que a medida que se hace más intenso el síndrome sería menor la calidad de vida; sin embargo, el coeficiente de correlación fue de $-0,363$, lo que significa que no se encontró asociación importante, desde el punto de vista estadístico, entre estas dos variables.

Rivero Núñez³⁹ coincide en que la intensidad del síndrome climatérico y la calidad de vida global percibida por las mujeres no estuvieron asociadas entre los niveles del síndrome y la calidad de vida percibida, con porcentajes de baja calidad de vida que fluctúan entre 52,7 % para las que califican en la categoría moderado y 56,7 % en las asintomáticas.

Monterrosa y cols. Realizaron un estudio sobre la calidad de vida en mujeres colombianas menopáusicas de tres grupos étnicos diferentes, encontrando que las hispánicas tenían una mejor calidad de vida en comparación a las afro descendientes e indígenas; las mujeres negras referían entonces más síntomas somáticos y mayor deterioro psicológico.⁴⁷

Los cambios biológicos que experimenta la mujer durante el climaterio unido a sus condiciones de vida deben tener un impacto negativo sobre la calidad de vida, de manera general los reportes al respecto, bien sean provenientes de estudios realizados en mujeres latinoamericanas, europeas, o asiáticas hacen referencia a que: el bajo nivel educacional, el pobre acceso a los recursos de salud, el vivir en zonas rurales, el no tener pareja sexual, entre otros son factores que incrementan la intensidad del síndrome climatérico.^{12,13}

Carrera iglesias⁶⁴ al relacionar la etapa del climaterio con la calidad de vida apreció que las mujeres en la etapa de la perimenopausia los índices de calidad de vida fueron regular y buena para un 68 % y 32 % respectivamente.

En la medida que la mujer entra en la posmenopausia disminuyó la calidad de vida, lo que se hace más evidente en la posmenopausia tardía en la que predominó el índice de calidad de vida regular (70.4 %) y mala (18.5 %), diferencia que resultó estadísticamente significativa.

Lugones en su estudio de maestría ⁷⁰ plantea la relación entre la hipertensión arterial y el síndrome climatérico donde observó que la intensidad de los síntomas estuvo presente tanto en las mujeres normotensas como las hipertensas, pero con mayor predominio en las hipertensas.

En otro estudio realizado en el municipio 10 de octubre se señala que la cuarta parte de las mujeres estudiadas estaban asintomáticas. Los síntomas leves fueron percibidos por 34 mujeres que representaron el 37,4 % y en más de la tercera parte del total la intensidad fue referida entre moderada o muy molesta.⁷¹

Artiles⁷³ al analizar resultados de diferentes estudios, se pudo comprobar que entre un 50 y un 65% de las mujeres presentan síntomas vasomotores, fundamentalmente calores y sudores; en menor proporción, cefaleas, taquicardias y parestesias; que entre un 30 y un 40% perciben trastornos de la esfera emotiva; síntomas genitourinarios entre un 20 y un 30%, esencialmente sequedad vaginal y dispareunia; y de la esfera sexual, fundamentalmente disminución de la libido y anorgasmia entre un 18 y un 20%. Las frecuencias tan bajas en las categorías de síntomas genitourinarios y sexuales son esencialmente debidas a que el grupo poblacional estudiado es comprendido solo hasta los 59 años, lo que se corresponde, con la etapa de postmenopausia temprana, en la cual los efectos del deterioro del aparato genitourinario es menos perceptible.

En cuanto a la escolaridad el 80,6% fueron las universitarias las más representadas con una calidad de vida media. Autores plantean la relación entre la escolaridad de las mujeres de edad mediana y la calidad de vida relacionada con la salud, se aprecia que las universitarias fueron las de mejores resultados.³⁹ Estos resultados coincide con el presente estudio, aunque el 8,1 % de ellas percibió baja calidad de vida.

Otros autores encuentran asociación de la escolaridad con la calidad de vida, en el sentido de que a menor nivel escolaridad menor calidad de vida, esta vinculación aparece en distintas culturas. Existen estudios que señalan al bajo nivel de educación como uno de los principales factores de riesgo de baja calidad de vida en mujeres climatéricas, por ejemplo en la mujer chilena, se observa que el bajo nivel de escolaridad es un factor importante de riesgo de baja calidad de vida en la mujer en edad mediana.^{48, 49}

En Turquía un estudio señala el bajo nivel de educación como uno de los principales factores de riesgo de mala calidad de vida en mujeres climatéricas.⁶¹ Igualmente, Chedraui en Ecuador observa que el bajo nivel de escolaridad es un factor de riesgo importante de tener mala calidad de vida en el período climatérico.⁶²

Los resultados alcanzados en esta investigación están muy relacionados con el nivel de escolaridad alcanzado, el cual le permite a la mujer mantener una vida profesional activa incluso cuando se encuentran fuera de la edad laboral establecida, el hecho de estar vinculada con una profesión determinada favorece a vivir con más preocupación por su apariencia personal y su autocuidado en la medida que intercambia con su red social permitiéndole la

búsqueda de información y atención médica ante la aparición de los síntomas del climaterio que en ocasiones interfiere en la calidad del trabajo y puede convertirse en un generador de estrés.

Al analizar la sobrecarga de género y calidad de vida el 81,7% de las féminas tuvieron una calificación de media para las que tenían 2 o más familiares a su cuidado. El 80,7% de las trabajadoras realizaban las actividades domésticas sola las que calificaron con una calidad de vida media y el 10,5% para calidad de vida baja, estas diferencias no resultaron estadísticamente significativas, aspecto que debe estar dado porque la mujer no percibe la sobrecarga por un problema socio-cultural, costumbrista e histórico. Es conocido que una parte importante de estas mujeres pertenecen a familias extensas, en las que conviven varias generaciones: padres, hijos, nietos, entre otros miembros. De ahí que ellas tengan que asumir múltiples roles: el rol de cuidadoras de sus padres e hijos, a lo que se adicionan los roles laboral y social.^{13, 19,24}

Carrera iglesias⁶⁴ plantea la relación entre la sobrecarga de género y la calidad de vida relacionada con la salud en la que el mayor por ciento de calidad de vida buena estuvo dado por el grupo que no evidenció sobrecarga de género en contraste con el grupo que expresó sobrecarga de género que mostró mayor deterioro de calidad de vida.

Durante este proceso la mujer se torna más "vulnerable y susceptible" a las relaciones dentro del entorno familiar; también es necesario señalar que las características del sistema social predominante influyen en la expresión clínica y social del climaterio. Es por ello que en un número no despreciable de ellas se hace necesaria la asistencia médica.⁴¹

El 83,7% de las féminas tenían pareja estable y calificaron con calidad de vida media y el 17,4% que no tenían pareja calificaron para una calidad de vida baja, esto pone de manifiesto que las mujeres al contar con el apoyo de su pareja pueden pasar de una manera menos tormentosa esta etapa de su ciclo vital.

Sammarco y Konecny⁶⁹ consideran que tener pareja es un factor de protección de la salud, teniendo en cuenta además el sostén que representa la pareja en la calidad de vida en relación con la salud en mujeres con afecciones crónicas.

Al relacionar la calidad de vida con la sobrecarga de género contrasta que las mujeres que evidenciaban la sobrecarga como cuidadoras de padres, hijos, actividades domésticas solas y pareja estable calificaron para una calidad de vida media y las que no tenían familiares a su cuidado, pareja estable y realizaban las actividades domésticas sola la calificación de la calidad de vida fue baja.

Navarro ¹² en su estudio de calidad de vida en mujeres de edad mediana de La Habana muestra que realizar las actividades domésticas solas en el período posmenopáusico tiene un impacto negativo sobre la calidad de vida. Si bien, algunos ítems de la salud ambiental están afectados estos explican un bajo porcentaje (7 %) de la variación de calidad de vida. En fin son resultados que reafirman el impacto protector (apoyo social, autoestima) o no (realizar la actividad doméstica sin ayuda) de factores sociales sobre la calidad de vida en particular de la mujer durante el climaterio.

Santisteban ³⁴ plantea que las mujeres no perciben muchos de los epifenómenos que ocurren en ellas por el grupo de tareas que desempeñan y

que a su vez no son capaces de repartir entre todos los componentes de su familia.

ArtilesVisbal⁴⁰ asevera que la mujer desempeña múltiples roles como madre, esposa, hija, nuera, suegra, abuela, además de ocupar un espacio público en las esferas laborales sin ser capaz de distribuir o compartir equitativamente los roles del hogar; se ha seguido limitando estas tareas hogareñas al género femenino; sobrecarga física lleva en cierta medida al desequilibrio emocional y por tanto al deterioro del estado de bienestar y de salud.

De las 109 trabajadoras que participaron en el estudio ,105 refirieron estar satisfechas con la labor que realizaban para un 83,8 % las que calificaron para una calidad de vida media.

En estudios socio demográfico revisados es frecuente que la mujer en edad mediana mantenga su vínculo laboral. Sin lugar a dudas se pone de manifiesto, una vez más, que el trabajo para la mujer climatérica constituye un elemento benefactor.^{13, 14, 34,50}

En Cuba, las mujeres comprendidas entre 40 y 59 años de edad tienen una importante labor social, por lo que resultan muy útiles a la sociedad, a pesar de no estar en el mejor momento de su biología, desempeñan un importante y decisivo papel en la sociedad al ser cuidadoras de la familia y productoras, pues constituyen más del 40 % de la fuerza laboral nacional.⁷¹

La vivencia del climaterio no sólo depende del fallo ovárico sino que otros factores como la personalidad de la mujer, su entorno geográfico y social, su cultura, creencias, valores, principios, circunstancias personales y familiares, influyen, positiva o negativamente, en la adaptación a esta etapa de la vida.

Conclusiones

- Las trabajadoras de edad mediana del CIS La Pradera clasificaron en el nivel medio de calidad de vida Global. Similares resultado se observaron en las dimensiones, excepto para las relaciones sociales en la que predominó la categoría de excelente.
- En cuanto a las características biológicas destacan: edad media de la menopausia de 49 años, menopausia natural, síndrome climatérico de intensidad muy leve y leve y la hipertensión arterial como enfermedad crónica más frecuente.
- Entre las características sociales se encontró que: predominaron las universitarias y realizaban trabajo de asistencial, tenían dos o más familiares a su cuidado y realizaban las labores domésticas sola lo que expresa la sobrecarga de género que poseen, a pesar de que aparentemente no tenía influencia sobre su calidad de vida.

Recomendaciones

- Extender la investigación a otros centros con condiciones de trabajo similares
- Informar a las autoridades del centro los resultados de la investigación.

Referências Bibliográficas

1-Aristóteles. Ética a Anicomaco .Siglo IV a. C .Biblioteca de Consulta Microsoft Encarta 2003.Ética Médica 1993-2002.

2-WHO.Constitution of the World Health Organization. En: The first ten years of The World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 1958 [citado: 20 Mar 2018]. Disponible en: http://WHQLIBDOC.WHO.INT/PUBLICATIONS/A38153_ANNEXES.PDF/

3-Universidad de Navarra. Instituto Empresa y Humanismo. Bienestar y felicidad, nivel de vida y calidad de vida. [Sitio de internet]. Disponible en: <http://www.unav.es/empresayhumanismo/2activ/senimario/miembros/sison/ij16/default.html>. Consulta: Junio 15 de 2018.

4-Calidad de vida. [Citado 8 de mayo de 2018]. Disponible en: http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad_de_vida

5-WHOQOL Group. Study Protocol for the World Health Organization Project to develop a Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL) Qual Life Res. 2003;2:153-9.

6-Bennett S, Oldridge N, Eckert G, Embree J, Browning S et al. Discriminant properties of commonly used quality of life measures in heart failure.2002;11 (4): 349-359.

7- RochaSSL, Felli VEA. Qualidade de vida no trabalho docente em enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2004;12(1):28-35.

- 8- Blumel JE, Castelo-Branco C, Binfa L, Gramegna G, Tacla X, Aracena B, et al. Quality of life after the menopause: a population study. *Maturitas*. 2000;34(1):17-23.
- 9-Yangin Hb, Kukul K, Sözer Ga. The perception of menopause among women Turkish. *J Women J Aging*. 2010; 22(4):290-305.
- 10- Olozábal JC, Pastor F, Montero J, García R. Adscripción a los diversos modelos de concebir la menopausia del personal sanitario de Salamanca. *CuadMedPsicosomPsiq Enlace*. 2000; 53:16-26.
- 11- Colectivo de Autores, II Consenso Cubano sobre Climaterio y Menopausia, Eds. Sarduy M., Lugones M. Edit. CIMEQ. 2007 p 12-51
- 12-Navarro Despaigne D, León Sánchez A, Roca Soler I. Calidad de vida en mujeres de edad mediana de La Habana. *Rev Cubana ObstetGinecol* [Internet]. 2017 Jun [citado 2019 Feb 19] ; 43(2): 1-13. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2017000200003&lng=es
- 13- Lugones Botell M, Navarro Despaigne D. Síndrome climatérico y algunos factores socioculturales relacionados con esta etapa. *Rev Cubana ObstetGinecol* [Internet]. 2006 Abr [citado 2019 Feb 19] ; 32(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2006000100002&lng=es.
- 14- Alfonso Fraga J.C. Cuba: Características demográficas de las mujeres de edad mediana. En Artilles Visbal L. *Climaterio y menopausia*. 1 ed. Ciudad de la Habana: Científico Técnica; 2007. p. 21-37.

- 15- Datos obtenidos personalmente de la Oficina de la Dirección Nacional de Estadística e Información sobre Censo de población y vivienda año 2012, (confirmados 4/11/2013).
- 16-Anuario Estadístico de Cuba 2012. Edición 2013. Oficina Nacional de Estadística; 2013 [citado 7 Feb]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2013/04/anuario-2012-e-ingraficos1.pdf>.
- 17-Navarro Despaigne D. y L. ArtillesVisbal: La menopausia no es el fin de la vida. Aspectos clínicos, sociales y terapéuticos del climaterio, Unicef-ISCM-H, La Habana, 1995. p. 22-9
- 18- Díaz Llanes G. La mujer de edad mediana y su satisfacción con la vida en poblaciones cubanas. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2007 [cited 2019 15 Feb]; 23: [6 p.]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000100015&nrm=iso
- 19- Artilles Visbal L. Las condiciones de vida como determinantes del proceso salud enfermedad de la mujer climatérica. En: ArtillesVisbal L, Manzano Ovies D, Navarro Despaigne D, (Eds). Climaterio y Menopausia. Un enfoque desde lo social. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2007. p.38-55.
- 20-Rodríguez Adams E. Calidad de vida y percepción de salud en mujeres de mediana edad. InvestMedicoquir 2012 (enero-junio); 4(1):107-121. <http://www.medigraphic.com/pdfs/invmed/cm-q-2012/cm-q121k.pdf>

21-Ministerio de Salud Pública: Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana 1992-2000, Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 1999. 8(3): 271-27

22-Enric Sanchis, *Trabajo y paro en la sociedad postindustrial*, Tirant Lo Blanch, Valencia, 2011, ISBN 978-84-9004-105-5, pag. 17.

23-Rubio Domínguez P. Introducción a la gestión empresarial. Unidad 6. Relación del gestor con los miembros de la organización. (Monografía en Internet). Biblioteca Virtual de Salud: 2006. (Citado 26-3-19). Disponible en: <http://www.eumed.net/libros/2006a/prd/6c.htm>

24- Couto Núñez D, Nápoles Méndez D. Aspectos socio psicológicos del climaterio y la menopausia. MEDISAN [Internet]. 2014 Oct [citado 2018 Feb 26]; 18(10):1409-1418. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001000011&lng=es.

25-Centro para el control y la prevención de enfermedades. Calidad de vida relacionada con la salud [sitio en internet]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/spanish/hrqol/>. Consulta: 21 de octubre de 2017.

26-Cardona D, Estrada A, Agudelo HB. Envejecer nos toca a todos: caracterización de algunos componentes de calidad de vida y de condiciones de salud de la población adulta mayor en Medellín 2002. Medellín; Universidad de Antioquia, 2003

27-Bennett S, Oldridge N, Eckert G, Embree J, Browning S et al. Discriminant properties of commonly used quality of life measures in heart failure. 2002;11 (4): 349-359.

28-Lugones Botell M, Quintana Riverón T, Cruz Oviedo Y. Climaterio y menopausia: importancia de su atención en el nivel primario. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 1997 Oct [citado 2019 Feb 19] ; 13(5): 494-503.

Disponible en:
http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000500014&lng=es.

29- Capote Bueno MI, Segredo Pérez AM, Gómez Zayas O. Climaterio y menopausia. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2011 Dic [citado 29 Mar 2019];27(4):[aprox. 10 p.].Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400013&lng=es

30-Lugones Botell M. El climaterio y el síndrome del nido vacío en el contexto sociocultural. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]. 2001 [Consultado: 11 de abril de 2018]; 17(2). Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_2_01/mgi17201.htm

31-Salazar Matamoros Y. Cuerpo, Climaterio y Menopausia. Necesidad de una conciencia crítica y saludable. Multimed 2010; 14(3) Julio-Septiembre Ministerio de Salud Pública. Universidad de Granma.

32- Manzano Ovies BR. Modelo de atención a la mujer climatérica. Su valor como modelo de prevención. En: ArtilisVisbal L, Navarro Despaigne D, Manzano Ovies BR. (editores). Climaterio y menopausia, un enfoque desde lo social. La Habana: Ed. Científico técnica, 2007. p. 327-335.

33- Manzano B. Cap 33. Climaterio En: Rigol Ricardo O. Obstetricia y ginecología. La Habana, Ecimed; 2004. . Disponible en:

http://bvs.sld.cu/libros_texto/libro_de_ginecologia_y_obstetricia/cap33.pdf

f

34- Santisteban Alba, Stalina Rafaela. Atención integral a las mujeres climatéricas desde el nivel primario de salud <http://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=506&ReturnText=Search+Results&ReturnTo=index.php%3FP%3DAdvancedSearch%26Q%3DY%26FK%3Dclimaterio%26RP%3D5%26SR%3D0%26ST%3DQuick>

35- Roca Soler Ileana. Calidad de vida de la mujer de mediana edad Experiencia en la consulta de climaterio del Hospital G.O. América Arias Trabajo de Investigación para optar al título de Máster en Climaterio y Menopausia

36- Legorreta Peyton D. La atención de los síntomas psicológicos durante el climaterio femenino. Av. PsicolJan. /June 2007; 25 (1). Disponible en:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-47242007000100005&script=sci_arttext)

[47242007000100005&script=sci_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-47242007000100005&script=sci_arttext) Consultado: 27/11/18

37- Ochoa Rojas F. Los determinantes sociales de la salud y la acción política. Memorias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud 2012 La Habana 3-7 de diciembre de 2012 ISBN 978-959212-811-8

38- Abascal Castañeda Ileana Elena. Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género Rev. Cubana Salud Pública 2007;33(2)

39- Rivero Núñez, Eliced; González Cárdenas, Lilia T.; Bayarre, Héctor D. Calidad de vida relacionada con la salud en mujeres de edad mediana. Policlínico de Parraga. La Habana 2014

40- Artilés Visbal L. Contribución de los roles de género a la determinación del síndrome climatérico. Tesis para optar por el grado de Doctora en Ciencias de la Salud. Ciudad de La Habana. 2001.

41-Rodríguez Adams E. Calidad de vida y percepción de salud en mujeres de mediana edad. InvestMedicoquir 2012 (enero-junio); 4(1):107-121.
<http://www.medigraphic.com/pdfs/invmed/cm-q-2012/cm-q121k.pdf>

42- Wright TA, Cropanzano R. Psychological well-being and job satisfaction as predictors of job performance. J Occup Health Psychol 2000; 5(1): 84-94.

43- Liang J, Krause NM, Bennett JM. Social exchange and well-being: is giving better than receiving? Psychol Aging 2001; 16(3):511-23.

44-Maestre S. Análisis de las modificaciones que la actividad laboral produce en el climaterio. Informe de Investigación. Valencia: Facultad de Enfermería. Universidad de Valencia; 2001. Consultado: 27/11/18

Disponible en:
<http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/aguirre.npdf>

45 -Utian WH, Janata JW, Kingsberg SA, Schluchter M, Hamilton JC. The Utian Quality of Life (UQOL) Scale: development and validation of an instrument to quantify quality of life through and beyond menopause. Menopause 2002; 9(6):402-10.

46-Alonso Alomá I. Construcción de un índice de calidad de vida. [tesis]. Ciudad de la Habana: Facultad de Salud Pública; 1999

47-Monterrosa-Castro Á, Durán-Méndez L, Salgado-Madrid M. Manifestaciones menopáusicas y calidad de vida en afrocolombianas. Valoración con escala Cervantes. IATREIA [Internet]. 2017 [cited 2019 14 Feb]; 30:[376-90 pp.]. Available from:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180553748003>.

48- Aedo S, Porche A, Iribarra C. Calidad de vida relacionada con el climaterio en una población chilena de mujeres saludables. *Rev Chil Obstet Gineco J* 2011; 71: 402-9

49-Yanes Calderón M, Chio Naranjo I. Intensidad del síndrome climatérico y su relación con algunos factores socioambientales. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2009 Dic [citado 27 marzo 20119]; 25(4): [aprox.3p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000400004&lng=es.

50-Guerrero Pupo JC, Cañedo Andalia R, Rubio Rodríguez SM, Cutiño Rodríguez M., FernándezDíaz D.J. Calidad de vida y trabajo. *ACIMED* versión ISSN 1024-9435 Ciudad de la Habana jul-ago2006.v.14 n.4. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci>. Consultado 27-3-19.

52-Kupperman HS, Blatt MH, Wiesbader H, et al. Comparative clinical evaluation of estrogen preparations by the menopausal and amenorrheal indices. *J Clin Endocrinol Metab* 1953; 13:688-703.27. Schneider HP, Heinemann LA, Rosemeier HP, et al. The Menopause Rating Scale (MRS) comparison with Kupperman index and quality of life scale SF-36. *Climateric* 2000; 3:50-8.

53- Hunter M. The Women's Health Questionnaire: a measure of mid-aged women's perceptions of their emotional and physical health. *Psychol Health* 1992; 7: 45-54.

54- Buendía J, Rodríguez R, Yubero N, y col. Diseño y validación de un cuestionario en castellano para medir calidad de vida en mujeres

- posmenopáusicas: el cuestionario MENCAV. Atención Primaria 2001; 27(2):94-100.
- 55- Scheneider HP, Heinemann LA, Rosemeier HP, et al. The Menopause Rating Scale (MRS) comparison with Kupperman index and quality of life scale SF-36. Climateric 2000; 3:50-8
- 56-Hilditch JR, Lewis J, Peter A, et al. A menopause specific quality of life questionnaire, development and psychometric properties. Maturitas 1996; 24: 161-75.
- 57- Greene JG. Constructing a standard climateric scale. Maturitas 29(1998):25-31
- 58- Palacios S, Ferrer-Barrientos J, Parrilla JJ, et al. Calidad de vida relacionada con la salud de la mujer española durante la perimenopausia y postmenopausia. Desarrollo y validación de la Escala Cervantes. MedClin 2004; 122(6): 205-11.
- 59- Castillo A, Arocha C, Armas NB, Castillo I, Cuento ME, Herrera ML. Calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedades crónicas degenerativas. Revista Cubana Investig Bioméd [serie en Internet]. 2008 [citado 0 de marzo 2018]; 27(3-4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol27_3-4_08/ibi03308.htm
- 60- World Health Organization. WHOQOL-BREF. Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment. Field Trial Version. Decembre 1996. Programa on Mental Health. Geneva: WHO; 1996.

61- KARAÇAMZ, SEKERSE. Factors associated with menopausal symptoms and their relationship with the quality of life among Turkish women. *Maturitas* 2007; 58: 75-82.

62-ChedrauiP, Aguirre W, Hidalgo L, Fayad L. Assessing Menopausal symptoms among healthy middle aged women with the Menopause Rating Scale. *Maturitas* [Internet]. 2017 Jun [cited 10 May 2019];57(3):[about. 14 p.]. Available from: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0S0378512207000369.pdf?locale=es_ES

63-Rivero Nuñez E, González Cárdenas LT, Bayarre Veá HD. Validación y adaptación lingüística-cultural del Instrumento World Health Organization Quality of Live Bref (WHOQOL) en mujeres de edad mediana. Párraga, La Habana. 2013-2014. *Revista Cubana de Enfermería* [Internet]. 2017 [citado 2019 May 10];32(4):[aprox. p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1035>

64- Carrera Iglesias M. Calidad de vida de la mujer en etapa de climaterio con cáncer de mama Hospital “General Freyre de Andrade”, 2011 – 2013 [Internet]. La Habana: **Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad Manuel Fajardo; 2013** Disponible en: <http://uvsfajardo.sld.cu/calidad-de-vida-de-la-mujer-en-etapa-de-climaterio-con-cancer-de-mama-hospital-%E2%80%9Cgeneral-freyre-de-an>

65.Taher YA, Ben Emhemed HM, Tawati AM. Menopausal age, related factors and climacteric symptoms in Libyan women. *Climacteric*. 2012. Jul 4

66 Cedeño Porras Inaltys Evaluación del síndrome climatérico en mujeres de edad mediana trabajadoras del policlínico plaza de la revolución Trabajo de investigación para optar por el título de Master en investigaciones en climaterio y menopausia, la Habana.

67- Heredia Hernández B, Lugones Botell M. Edad de la menopausia y su relación con el hábito de fumar, estado marital y laboral. Rev Cubana ObstetGinecol [revista en la Internet]. 2007 Dic [citado 2019 abril 22] ; 33(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2007000300008&lng=es.

68- Arteaga, E.; Bianchi, M.; Climaterio femenino: aspectos patológicos y terapéuticos. Pérez Sánchez Alfredo. Ginecología. Tercera Edición. Santiago de Chile. Ed. Mediterráneo, 2003. p.317 – 358.

69- Sammarco, A. y Konecny, L.M. Quality of life, social support, and uncertainty among latina breast cancer survivors. OncologyNursingForum, 2008, 35 (5), 844-849.

70-Lugones BM, Fernández-Britto RJE, Ramírez BM: Síndrome climatérico relacionado con la hipertensión arterial y otros factores de riesgo ateroscleróticos en la mujer de edad mediana. Rev Cubana ObstetGinecol 2007;33(1):1-9Disponibleen: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2007000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

71-Martínez Chang YM, Sarduy Nápoles M, Rodríguez Martínez L, Rodríguez Molina M, Iglesias González B. Síntomas climatéricos según el estilo de vida en mujeres de edad mediana. Rev cuba obstet ginecol [Internet]. 2016 Sep [citado 10 Mayo 2019];42(3):aprox 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2016000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

72- García I, Navarro D. Influencia del entorno familiar en la mujer en etapa

climatérica. Rev Cubana Med Gen Integr. 2011;27(2):143-54.

73-ArtilesVisbal L. La experiencia cubana en la atención a la mujer de edad mediana. Quaden CAPS. 2003;(31):54-9.

74- Pérez Piñero JS. Escala cubana para clasificar la intensidad del síndrome climatérico. Resultados de su aplicación en provincias seleccionadas. 1999 – 2004 [Tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2007 [citado 23 Ene 2018]. Disponible en: tesis.sld.cu/index.php?P=DownloadFile&Id=300

Anexo: 1 Modelo de Recolección de Datos

Datos generales: Estudio de la calidad de vida en mujeres de edad mediana

(Aplicarla a mujeres de 40 a 59 años. Debe ser llenada por encuestador)

1-Edad: ____ (edad) Menopausia: _____ (edad) Tipo de Menopausia: _____.

2-Coloque una cruz en el nivel de escolaridad, según el último grado aprobado:

Nivel de Escolaridad Secundaria ____ Preuniversit ____

Tecn. Med ____ Universit ____

3-Ocupación

4-Enfermedades crónicas que padece

(HTA, ECV, DM, Cardiopatía, Migraña, Osteoporosis, otras)

5-Coloque una cruz según pareja sexual estable: Si ____ No ____

6- Realización de las actividades domésticas

Sola _____ Con ayuda _____

7. Familiares a su cuidado _____

10. Estas satisfecha con la labor que realizas si _____ no _____

Anexo: 2 Cuestionario WHOQOL-BREF para Calidad de Vida

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

Muy mal (1) Poco (2) Lo normal (3) Bastante Bien (4) Muy bien (5)

1 ¿Cómo puntuaría su calidad de vida? 1 2 3 4 5

Muy insatisfecho (1) Poco (2) Lo normal (3) Bastante satisfecho (4) Muy satisfecho (5)

2 ¿Cuán satisfecho está con su salud? 1 2 3 4 5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas

Nada (1) Un poco (2) Lo normal (3) Bastante (4) Extremadamente (5)

3 ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?
1 2 3 4 5

4 ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria? 1 2 3 4 5

5 ¿Cuánto disfruta de la vida? 1 2 3 4 5

6 ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido? 1 2 3 4 5

7 ¿Cuál es su capacidad de concentración? 1 2 3 4 5

8 ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria? 1 2 3 4 5

9 ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor? 1 2 3 4 5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

Nada (1) Un poco (2) Moderado (3) Bastante (4) Totalmente (5)

10 ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria? 1 2 3 4 5

11 ¿Es capaz de aceptar su apariencia física? 1 2 3 4 5

12 ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades? 1 2 3 4 5

13 ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria? 1 2 3 4 5

14 ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio? 1 2 3 4 5

Nada Un poco Lo normal Bastante Extremadamente

15 ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro? 1 2 3 4 5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas

Nada (1) Poco (2) Lo normal (3) Bastante satisfecho (4) Muy satisfecho (5)

16 ¿Cuán satisfecho está con su sueño? 1 2 3 4 5

17 ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria? 1 2 3 4 5

18 ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo? 1 2 3 4 5

19 ¿Cuán satisfecho está de sí mismo? 1 2 3 4 5

20 ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales? 1 2 3 4 5

21 ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual? 1 2 3 4 5

22 ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos? 1 2 3 4 5

23 ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive? 1 2 3 4 5

24 ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios? 1 2 3 4 5

25 ¿Cuán satisfecho está con su transporte? 1 2 3 4 5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. Ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas?

Nunca (1) Raramente (2) Medianamente (3) Frecuentemente (4) Siempre (5)

26 ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión? 1 2 3 4 5

A cada posibilidad de respuesta se le dio un valor que oscila en un rango entre 1 a 5 puntos.

El ítem No. 1, que expresa Calidad de vida Global Subjetiva, se clasifica:

Valor

Categoría

5 puntos-----Muy Bien
 4 puntos-----Bastante Bien
 3 puntos-----Lo Normal
 2 puntos-----Poco
 1 punto-----Muy mal

- El ítem No. 2, que expresa Satisfacción con la calidad de vida, se clasifica:

| Valor | Categoría |
|---------------|---------------------|
| 5 puntos----- | Muy Satisfecho |
| 4 puntos----- | Bastante Satisfecho |
| 3 puntos----- | Lo Normal |
| 2 puntos----- | Poco |
| 1 punto----- | Muy insatisfecho |

- Los ítems que expresan cuánto ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas se clasifican de la siguiente manera:

- Ítems 3 y 4

| Valor | Categoría |
|---------------|----------------|
| 5 puntos----- | Nada |
| 4 puntos----- | Un poco |
| 3 puntos----- | Lo Normal |
| 2 puntos----- | Bastante |
| 1 punto----- | Extremadamente |

- Ítems 5, 6, 7,8 y 9

| Valor | Categoría |
|---------------|----------------|
| 5 puntos----- | Extremadamente |
| 4 puntos----- | Bastante |
| 3 puntos----- | Lo Normal |
| 2 puntos----- | Un poco |
| 1 punto----- | Nada |

- Los ítems que expresan a cuán totalmente experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas (10, 11, 12, 13,14 y 15), se clasifican:

| Valor | Categoría |
|---------------|------------|
| 5 puntos----- | Totalmente |

- 4 puntos-----Bastante
- 3 puntos-----Moderado
- 2 puntos-----Un poco
- 1 punto-----Nada

Los ítems que expresan cuán satisfecho o bien feliz se ha sentido en las dos últimas semanas (16,17,18,19,20,21,22,23,24 y 25), se clasifican:

- | Valor | Categoría |
|---------------|---------------------|
| 5 puntos----- | Muy Satisfecho |
| 4 puntos----- | Bastante Satisfecho |
| 3 puntos----- | Lo Normal |
| 2 puntos----- | Poco |
| 1 punto----- | Muy Insatisfecho |

El ítem No. 26, que expresa sentimientos negativos, se clasifica:

- | Valor | Categoría |
|---------------|----------------|
| 5 puntos----- | Nunca |
| 4 puntos----- | Raramente |
| 3 puntos----- | Medianamente |
| 2 puntos----- | Frecuentemente |
| 1 punto----- | Siempre |

Este cuestionario mide la calidad de vida a través de cuatro dimensiones con sus respectivas facetas:

Dimensión 1. Salud Física (7 facetas)

- Dolor y malestar (ítem3)
- Dependencia en sustancias médicas y ayudas médicas (ítem 4)
- Energía y fatiga (ítem10)
- Movilidad (ítem15)
- Sueño y descanso (ítem16)
- Actividades diarias (ítem17)
- Capacidad de trabajo (ítem18)

Dimensión 2. Psicológica (6 facetas)

- Espiritualidad/ Religión/ Creencias personales (ítem5)
- Sentimientos positivos (ítem6)

- Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración (ítem7)
- Imagen corporal y apariencia (ítem11)
- Autoestima (ítem19)
- Sentimientos negativos (ítem26)

Dimensión 3. Relaciones Sociales (3 facetas)

- Relaciones personales (ítem20)
- Actividad sexual (ítem21)
- Apoyo social (ítem22)

Dimensión 4. Ambiente (8 facetas)

- Libertad y seguridad física (ítem8)
- Ambiente físico (polución/ ruido/ tráfico/ clima) (ítem9)
- Recursos económicos (ítem12)
- Oportunidades para adquirir información y habilidades nuevas (ítem13)
- Participación en actividades de ocio / y oportunidades de descanso, recreo (ítem14)
- Ambiente del hogar (ítem23)
- Sistema sanitario y social: accesibilidad y calidad (ítem24)
- Transporte (ítem25)

Para la calificación de cada cuestionario se sumó la puntuación alcanzada por cada ítem marcado, obteniendo un resultado que se clasificó según la escala siguiente:

| Calidad de Vida | Puntos |
|-----------------|------------|
| Baja ----- | 69 y menos |
| Media----- | 70 – 99 |
| Alta----- | 100 – 130 |

Para la calificación de cada área se sumaron los puntos obtenidos en cada ítem que las integra y el resultado se clasificó de la manera siguiente:

| Salud Física | Puntos |
|--------------|---------|
| Baja ----- | 7 - 17 |
| Media----- | 18 - 26 |

Alta----- 27 – 35

| Salud Psicológica | Puntos |
|-------------------|---------|
| Baja ----- | 6 - 14 |
| Media----- | 15 - 22 |
| Alta----- | 23 – 30 |

| Relaciones Sociales | Puntos |
|---------------------|---------|
| Deficientes ----- | 4 - 7 |
| Regulares ----- | 8 - 11 |
| Excelentes ----- | 12 – 15 |

| Ambiente | Puntos |
|-------------------|---------|
| Deficientes ----- | 8 - 20 |
| Regulares ----- | 21 - 30 |
| Excelentes ----- | 31 – 40 |

La calificación general de los ítems por áreas, se realizó sumándose los puntos obtenidos en cada uno de ellos por cada cuestionario, calculándose luego la media. El resultado se clasificó a partir de criterio de experto de la manera siguiente:

De 0 a 2.99 = deficiente

De 3.00 a 3.99 = aceptable

De 4.00 a 5.00 = alta

Este cuestionario sirve para conocer la opinión de la persona encuestada acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Ésta debe contestar a todas las preguntas. Si no está segura qué respuesta dar a una pregunta, deberá escoger la que le parezca más apropiada. Teniendo en cuenta su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Se le pide además que piense en su vida durante las últimas dos semanas, valorando sus sentimientos y circulando en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

Los ítems de que consta han sido obtenidos a partir de respuestas realizadas por pacientes con un amplio espectro de enfermedades, por personas sanas y por profesionales de la salud.

Anexo: 3 Escala para medir Intensidad del síndrome climatérico

| | Ausente (0) | Leve (1) | Moderad o (2) | Intenso (3) | Peso | Punto s |
|--|------------------------|-------------|---------------------|----------------|------|------------|
| SÍNTOMAS CIRCULATORIOS | | | | | | |
| Sofocos u oleadas de calor | | | | | 4 | |
| Sudoraciones nocturnas | | | | | 4 | |
| Palpitaciones | | | | | 2 | |
| Parestesias-hiperestesias | | | | | 2 | |
| Dolores de cabeza | | | | | 1 | |
| | Subtotal Circulatorios | | | | | |
| SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS | | | | | | |
| Insomnio | | | | | 3 | |
| Nerviosismo | | | | | 3 | |
| Irritabilidad | | | | | 3 | |
| Labilidad emocional | | | | | 3 | |
| Disminución interés sexual | | | | | 3 | |
| Pérdida capac. memoria- concentración | | | | | 2 | |
| Apatía | | | | | 2 | |
| Tristeza | | | | | 2 | |
| Miedos | | | | | 1 | |
| | Subtotal Psicológicos | | | | | |

| SÍNTOMAS GÉNITOURINARIOS | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------|--|--------------|--|--------------------------|--|
| Dispareunia | | | | | 3 | |
| Disminución placer sexual | | | | | 3 | |
| Sequedad vaginal | Ausente (0) | | Presente (2) | | 3 | |
| Atrofia genital | Ausente (0) | | Presente (2) | | 3 | |
| Incontinencia urinaria | | | | | 1 | |
| Polaquiuria | | | | | 1 | |
| Disuria | | | | | 1 | |
| | | | | | Subtotal Génitourinarios | |
| SÍNTOMAS GENERALES | | | | | | |
| Dolores musculares-osteoarticulares | | | | | 2 | |
| Aumento de peso | | | | | 2 | |
| Vértigos | | | | | 1 | |
| Sequedad mucosa oral | | | | | 1 | |
| Astenia | | | | | 1 | |
| Pérdida de peso | | | | | 1 | |
| Sequedad de la piel | Ausente (0) | | Presente (2) | | 1 | |
| | | | | | Subtotal Generales | |
| | | | | | TOTAL | |

Instructivo para el llenado de la planilla

Los valores que aparecen en los encabezados de las columnas se corresponden con la percepción de la mujer respecto al síntoma que se evalúa: ausente (0); leve (1); moderado (2); intenso (3).

Debe anotarse la puntuación de cada síntoma en la casilla correspondiente de acuerdo a esta calificación (0, 1, 2 ó 3). Para los signos sequedad vaginal y de la piel, así como atrofia genital, sólo se consideran dos valores, según la evaluación del médico: ausente (0) y presente (1). Es decir, en este caso, no se tienen en cuenta los valores anteriores. Luego se multiplica por el peso que

tiene cada uno, que aparece al final de la fila y el resultado se anota en la casilla vacía al final de esa fila.

Se realiza la suma de estos puntos para cada dimensión o subescala y se anota en la casilla que aparece identificada como subtotal y la suma total al final. De esta forma quedan calificadas cada una de las dimensiones y el síndrome globalmente.

Las calificaciones obtenidas se llevan al instructivo siguiente para clasificar la intensidad del síndrome y cada subescala en muy leve, leve, moderado y muy molesto.

Instructivo para la clasificación del síndrome climatérico

Para el Puntaje Total

| | |
|-------------|-------------------|
| Muy leve | De 0 a 24 puntos |
| Leve | De 25 a 50 puntos |
| Moderado | De 51 a 80 puntos |
| Muy molesto | 81 puntos o más |

Para Subescala de Síntomas Circulatorios

| | |
|-------------|-------------------|
| Muy leve | De 0 a 6 puntos |
| Leve | De 7 a 14 puntos |
| Moderado | De 15 a 23 puntos |
| Muy molesto | 24 puntos o más |

Para Subescala de Síntomas Psicológicos

| | |
|-------------|-------------------|
| Muy leve | De 0 a 9 puntos |
| Leve | De 10 a 19 puntos |
| Moderado | De 20 a 32 puntos |
| Muy molesto | 33 puntos o más |

Para Subescala de Síntomas Génitourinarios

| | |
|----------|----------------|
| Muy leve | De 0 a 1 punto |
|----------|----------------|

| | |
|-------------|------------------|
| Leve | De 2 a 7 puntos |
| Moderado | De 8 a 16 puntos |
| Muy molesto | 17 puntos o más |

Para Subescala de Síntomas Generales

| | |
|-------------|------------------|
| Muy leve | De 0 a 3 puntos |
| Leve | De 4 a 6 puntos |
| Moderado | De 7 a 11 puntos |
| Muy molesto | 12 puntos o más |

Anexo: 4 Consentimiento Informado

Yo _____ doy mi consentimiento para participar en la investigación Calidad de vida en trabajadoras de mediana edad en CIS La Pradera. Se me dio a conocer los elementos a investigar, el objetivo por el que se realizará el estudio y como será presentado el mismo, se me explicó además el carácter confidencial y de preservación de nuestra ética moral y personal, que en ningún momento serán divulgados datos personales de los contribuyentes en la investigación.

Firma del paciente: _____

Anexo: 5 TABLAS

Tabla 1. Distribución de trabajadoras de edad mediana según calidad de vida global y en las dimensiones de salud física y psicológica

| Categorías | Calidad de vida | | | | | |
|------------|-----------------|-------|--------------|-------|-------------|-------|
| | Global | | Salud física | | Psicológica | |
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Alta | 10 | 9,2 | 4 | 3,7 | 36 | 33,0 |
| Media | 89 | 81,7 | 87 | 79,8 | 72 | 66,1 |
| Baja | 10 | 9,2 | 18 | 16,5 | 1 | 0,9 |
| Total | 109 | 100,0 | 109 | 100,0 | 109 | 100,0 |

Nota: los porcentajes fueron calculados en base al total de las filas

Tabla 2. Distribución de trabajadoras de edad mediana según calidad de vida en las dimensiones de relaciones sociales y ambiente

| Categorías | Calidad de vida | | | |
|------------|---------------------|-------|----------|-------|
| | Relaciones sociales | | Ambiente | |
| | No. | % | No. | % |
| Excelente | 53 | 48,6 | 5 | 4,6 |
| Regular | 41 | 37,6 | 79 | 72,5 |
| Deficiente | 15 | 13,8 | 25 | 22,9 |
| Total | 109 | 100,0 | 109 | 100,0 |

Nota: los porcentajes fueron calculados en base al total de las filas

Tabla 7. Distribución de trabajadoras de edad mediana según intensidad del síndrome climatérico y calidad de vida global

| Intensidad del síndrome climatérico | Calidad de vida | | | | | | Total |
|-------------------------------------|-----------------|------|-------|------|------|------|-------|
| | Alta | | Media | | Baja | | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | |
| Muy leve | 4 | 11,4 | 31 | 88,6 | 0 | 0,0 | 35 |
| Leve | 4 | 13,3 | 25 | 83,3 | 1 | 3,3 | 30 |
| Moderado | 1 | 3,6 | 22 | 78,6 | 5 | 17,9 | 28 |
| Muy molesto | 1 | 6,3 | 11 | 68,8 | 4 | 25,0 | 16 |
| Total | 10 | 9,2 | 89 | 81,7 | 10 | 9,2 | 109 |

Nota: los porcentajes fueron calculados en base al total de las filas

Tabla 9. Distribución de trabajadoras de edad mediana según labor que desempeña y calidad de vida global

| Labor que desempeña | Calidad de vida | | | | | | Total |
|---------------------|-----------------|------|-------|------|------|------|-------|
| | Alta | | Media | | Baja | | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | |
| Asistencial | 4 | 7,8 | 43 | 84,3 | 4 | 7,8 | 51 |
| Administrativa | 2 | 7,4 | 24 | 88,9 | 1 | 3,7 | 27 |
| Servicio | 4 | 12,9 | 22 | 71,0 | 5 | 16,1 | 31 |
| Total | 10 | 9,2 | 89 | 81,7 | 10 | 9,2 | 109 |

Nota: los porcentajes fueron calculados en base al total de las filas

Tabla 12 Distribución de trabajadoras de edad mediana según ayuda en las actividades domésticas y calidad de vida global

| Actividades domésticas | Calidad de vida | | | | | | Total |
|------------------------|-----------------|-----|-------|------|------|------|-------|
| | Alta | | Media | | Baja | | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | |
| Sola | 5 | 9,6 | 43 | 82,7 | 4 | 7,7 | 52 |
| Con ayuda | 5 | 8,8 | 46 | 80,7 | 6 | 10,5 | 57 |
| Total | 10 | 9,2 | 89 | 81,7 | 10 | 9,2 | 109 |

Nota: los porcentajes fueron calculados en base al total de las filas